RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MAURICIE–BOIS-FRANCS

La santé et le bien-être en Mauricie–Bois-Francs

Stratégies d'action prioritaires 1995-2001

Février 1995

Dépôt légal - 1er trimestre 1995
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
La reproduction en tout ou en partie de ce document est autorisée.

Selon le contexte, un mot employé au masculin peut également désigner le genre féminin. Cette procédure est utilisée uniquement dans le but d'alléger le texte.

Version du 05/02/99 JL

106-06056/

Table des matières

- **Introduction** 1
- **Le contexte et la démarche de priorisation** 1
  - La réforme du système de santé et des services sociaux 1
  - La politique de la santé et du bien-être 2
  - Le mandat de la Régie régionale 3
  - La démarche régionale d'identification des priorités régionales 3
- **Explication des stratégies prioritaires** 7
  - Diminuer la pauvreté et ses conséquences chez les jeunes familles 10
  - Revaloriser et mieux soutenir le rôle de parent 12
  - Privilégier les interventions souples dans les milieux fréquentés par les jeunes 14
  - Améliorer la concertation des différents intervenants au sein du milieu scolaire en regard des problématiques vécues par les jeunes tel que le décrochage scolaire 16
  - Stimuler les activités de prévention et de promotion de la santé, en mettant l'accent sur les services destinés aux jeunes et en y associant leur famille, en vue de diminuer la consommation d'alcool et de drogues illégales 18
  - Stimuler le développement de solutions alternatives à l'usage des médicaments, de manière à en diminuer la consommation abusive chez certains groupes plus touchés 20
  - Renforcer les activités éducatives et préventives en regard des maladies transmissibles sexuellement et du sida 22
  - Renforcer le dépistage précoce du cancer 24
  - Soutenir les personnes atteintes de maladies graves ou incurables et leurs proches 26
  - Implanter un système de soins intégrés en traumatologie qui, notamment, augmentera la rapidité d'intervention dans les premières minutes suivant l'événement et qui facilitera l'intervention précoce en réadaptation 28

- **Explication des stratégies prioritaires (suite)**
  - Accroître le soutien aux familles et aux ressources de la communauté qui interviennent auprès des personnes ayant des incapacités et accentuer leur intégration au marché du travail..... 30
  - Réduire les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées..... 32
  - Agir pour réduire les écarts de santé et de bien-être entre les hommes et les femmes 34
  - Soutenir plus adéquatement le réseau communautaire..... 36
  - Agir en priorité sur les facteurs de risque : tabagisme, mauvaise alimentation, embonpoint, consommation abusive d'alcool, mauvaises conditions de travail, risques environnementaux..... 38
  - Agir sur la pauvreté et les conditions de vie par une approche multisectorielle et diminuer les conséquences de la pauvreté sur la santé des groupes les plus vulnérables: les jeunes sans-emplois, les familles monoparentales, les personnes âgées vivant seules et les femmes vivant sous le seuil de la pauvreté..... 40
- **Annexes**
  - Objectifs et problèmes..... 44
  - Résolutions..... 46
  - Liste des documents disponibles..... 61
  - Remerciements..... 62

INTRODUCTION

Le 1er février 1995, l'Assemblée régionale a approuvé[1] les stratégies d'action que la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Mauricie-Bois-Francs souhaite mettre de l'avant de façon prioritaire pour atteindre les objectifs de la politique de la santé et du bien-être dans la région. Ces orientations stratégiques sont proposées au réseau de la santé et des services sociaux et aux partenaires des autres secteurs d'activité comme étant les grands moyens d'action à mettre en oeuvre au cours des prochaines années pour réduire les problèmes sociaux et de santé qui affectent la population de la région.

Le but de ce document est de situer le contexte et de rappeler la démarche qui ont conduit à l'élaboration de ces priorités, et par la suite, de présenter chacune des stratégies adoptées par le conseil d'administration et approuvées par l'Assemblée régionale.

LE CONTEXTE ET LA DÉMARCHE DE PRIORISATION

La réforme du système de santé et des services sociaux

En 1990, le ministre de la Santé et des Services sociaux mettait en branle une réforme en profondeur du système de la santé et des services sociaux au Québec. Axée sur le citoyen, cette réforme entend remplacer la logique de ressources et de services (gestion du système en fonction des besoins des dispensateurs) qui a prévalu jusqu'à maintenant par une logique de résultats (gestion du système en fonction d'objectifs à atteindre en terme de recouvrement, de maintien et d'amélioration de l'état de santé de la population). Les objectifs visés par cette réforme sont les suivants :

- corriger les lacunes observées au niveau des services offerts à la population, en fonction des besoins d'aujourd'hui et de demain ;
- orienter le système vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses ;
- maintenir un juste équilibre entre les dépenses du réseau et la capacité de payer de la collectivité ;
- s'attaquer de façon structurée et efficace à la résolution des grands problèmes sociaux et de santé qui affectent la population.

[1] Les résolutions du conseil d'administration et de l'Assemblée régionale sont reproduites en annexe

La politique de la santé et du bien-être

En lien avec ce dernier objectif, le ministre Marc-Yvan Côté faisait paraître en 1992 la politique de la santé et du bien-être.

"À partir d'une analyse fine de ces problèmes importants qui interpellent, chacun à leur manière, la collectivité autant que le réseau de services, la politique fournit des lignes directrices. Sous forme d'objectifs précis et de stratégies simples, elle indique le cap sur lequel doivent converger tous les efforts, à tous les niveaux d'ici dix ans, et pour chaque problème. "(MSSS, 1992).

La politique identifie 19 problèmes sociaux et de santé auxquels il faut s'attaquer en priorité. Pour chacun d'eux, un objectif est proposé en terme de réduction ou d'élimination de ce problème[1]. Quant aux stratégies (voies d'action prioritaires) permettant d'atteindre les objectifs de santé et de bien-être, elles sont au nombre de 77. Elles peuvent être regroupées en 6 grandes catégories :

- favoriser le renforcement du potentiel des personnes;
- soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires;
- améliorer les conditions de vie;
- agir pour et avec les groupes vulnérables;
- harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être;
- orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses.

En toile de fond, la politique propose également les principes d'action suivants :

- agir sur les causes des problèmes (les déterminants de la santé et du bien-être);
- impliquer les acteurs des autres secteurs d'activités dans des actions visant l'amélioration de la santé et du bien être de la population;
- fixer des objectifs de résultats et en assurer le suivi.

Le mandat de la Régie régionale

Pour l'implantation de la politique, le ministre confie aux régies régionales le mandat de :

- traduire les objectifs et les stratégies de la politique de la santé et du bien-être en fonction, d'une part, des caractéristiques sociosanitaires de la population de leur région et, d'autre part, du résultat visé pour l'ensemble du Québec ;

[1] Les objectifs et les problèmes de la politique de la santé et du bien-être sont reproduits en annexe

- mettre en oeuvre un plan d'action pour rencontrer les objectifs et les stratégies fixés en concertation avec les établissements et organismes du milieu. Ce plan doit être approuvé par l'Assemblée régionale et révisé tous les trois ans ;

Selon la Loi sur les services de la santé et des services sociaux (L.S.S.S.S., L.R.Q., C.5-4.2), il appartient au conseil d'administration de la Régie régionale d'**identifier** les priorités de santé et bien-être (Art. 405, al.1) tandis qu'il revient l'Assemblée régionale de les **approuver** (Art 409, al.3).

La démarche régionale d'identification des priorités régionales

Pour traduire les objectifs et les stratégies de la politique en fonction des réalités régionales, la Régie régionale Mauricie-Bois-Francs s'est donné une démarche dont le schéma de la page suivante illustre les principales étapes.

- ***La documentation des problèmes sociaux et de santé***

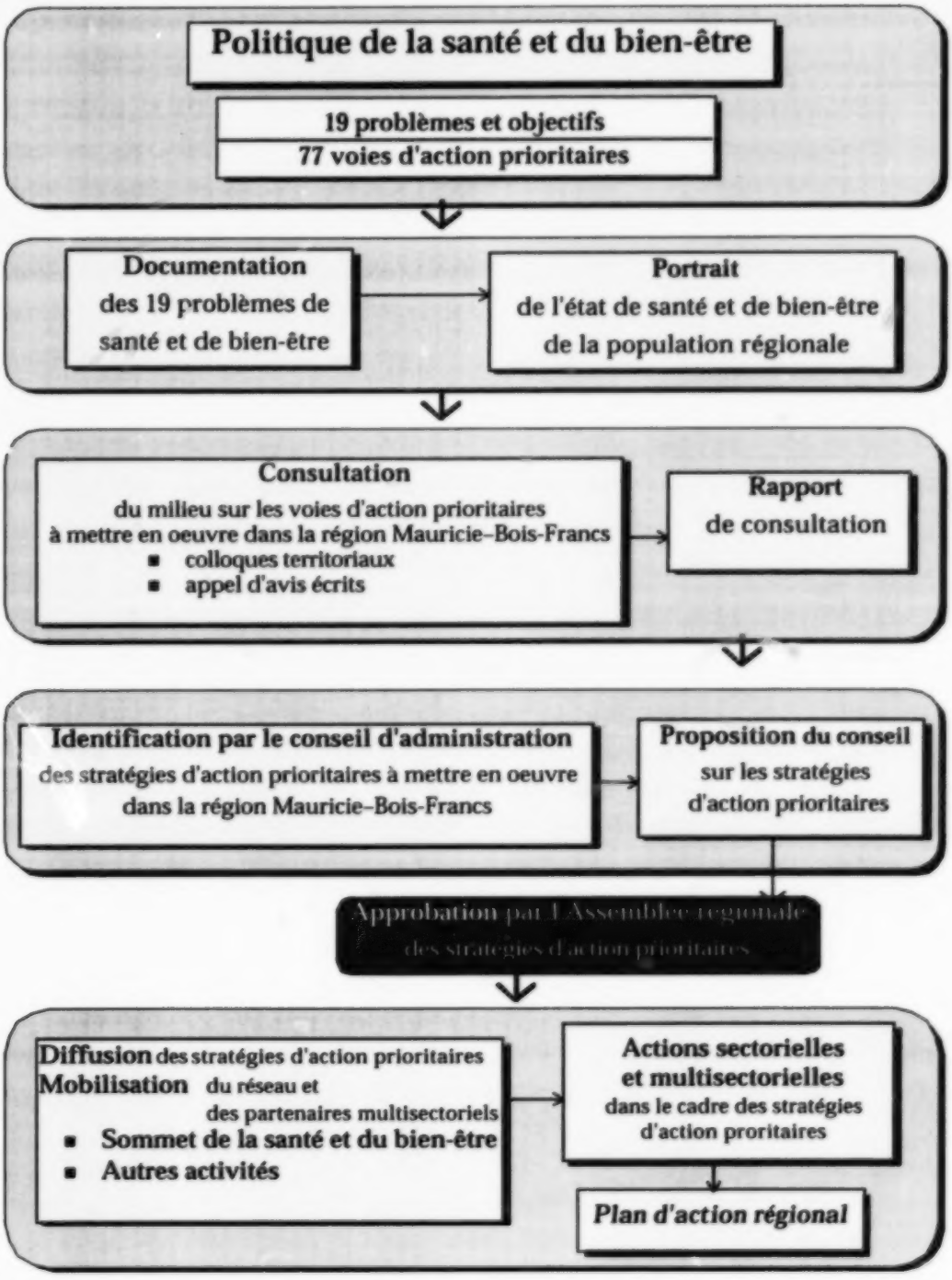
  Cette étape, réalisée par les professionnels de la Régie régionale, a permis d'élaborer le portrait de l'état de santé de la population régionale en regard des 19 problèmes sociaux et de santé retenus comme prioritaires par la politique. Un profil sociodémographique de la population a également été réalisé pour chacun des territoires de CLSC et pour la région. Les différentes données recueillies lors de cette étape ont servi à outiller les intervenants lors de la consultation et le conseil d'administration dans sa prise de décision.

- ***La consultation du milieu***

  La consultation s'est déroulée au printemps et à l'automne 1994. L'objectif principal était de connaître l'opinion des différents intervenants quant aux voies d'action qu'il était nécessaire et possible de mettre en oeuvre dans la région.

  D'une part, douze colloques ont été tenus sur les territoires des CLSC de la région auxquels ont pris part 1218 participants provenant de 529 organismes : établissements de santé et de services sociaux, organismes communautaires, associations et regroupements divers, municipalités, commissions scolaires, etc. D'autre part, 48 avis écrits ont été présentés par des organismes du milieu dont 38 ont fait l'objet d'auditions.

Démarche d'identification des priorités régionales



- ***Adoption des stratégies d'action prioritaires par le conseil d'administration et approbation par l'Assemblée régionale***

  Tout au long du processus, le conseil d'administration a fait de ce dossier une priorité. Après avoir approuvé la démarche, il en a assuré un suivi constant. Il s'est également donné des principes directeurs et une méthode de travail rigoureuse pour déterminer les priorités régionales à soumettre à l'Assemblée régionale. Le travail s'est terminé par l'identification de 16 stratégies d'action prioritaires lors d'une session de deux jours et par leur adoption lors d'une assemblée régulière tenue le 14 décembre 1994. Dans sa décision, le conseil a tenu compte des résultats de la consultation, du portrait de l'état de santé de la population régionale et des principes directeurs qu'il s'était donnés antérieurement. C'est lors de sa cinquième réunion régulière, que l'Assemblée régionale a approuvé à l'unanimité les stratégies d'action retenues par le conseil.

- ***Utilisation des stratégies d'action prioritaires dans la région***

  Ces stratégies s'avèrent importantes pour la région car elles aideront à :

  - développer une vision globale et intégrée des principaux problèmes sociaux et de santé de la région et des solutions à mettre en oeuvre pour en réduire l'importance;
  - constituer un partenariat élargi pour la mise en oeuvre d'actions concertées visant à améliorer la santé et le bien-être de la population régionale;
  - identifier les actions les plus pertinentes à développer dans chaque organisation et dans chaque milieu pour promouvoir la santé et le bien-être de tous les individus.

  Les stratégies d'action prioritaires soutiendront l'élaboration du **plan d'action régional** en matière de santé et de bien-être.

  De façon plus spécifique, ces orientations fourniront à la Régie régionale un cadre de référence pour :

  - élaborer ses futurs plans régionaux d'organisation de services (PROS);
  - reconfigurer le réseau de services;
  - prendre des décisions en matière de compressions budgétaires, d'allocation ou de réallocation de ressources;
  - arbitrer les demandes provenant du réseau;
  - évaluer les résultats obtenus en regard des objectifs de la politique et assurer un suivi;
  - inspirer les actions sectorielles et multisectorielles au plan local et régional.

Ces priorités serviront à la Régie régionale et elles seront également proposées:

- aux établissements et aux organismes communautaires du réseau de la santé et des services sociaux;
- aux tables de concertation sous-régionales;
- aux commissions scolaires;
- aux municipalités;
- aux directions régionales des ministères concernés;
- aux organismes de développement régionaux: Conseil régional de développement (CRD), Société d'aide au développement des collectivités (SADC) etc;
- aux associations et aux regroupements socio-économiques;
- à la population.

- ***Diffusion des stratégies d'action prioritaires et mobilisation des partenaires***

Les stratégies d'action prioritaires constituent les grands axes vers lesquels devraient converger les actions destinées à améliorer la santé et le bien-être de la population régionale au cours des six prochaines années.

Ces stratégies d'action prioritaires seront largement diffusées dans le réseau de la santé et des services sociaux de même qu'aux partenaires des autres secteurs d'activités, afin que chacun en prenne connaissance et se les approprie. Des activités d'animation, d'information et de concertation seront également organisées dans le but d'amener les différents acteurs concernés, tant du niveau régional que local, à consolider, susciter et développer des actions concrètes en lien avec ces stratégies d'action. Les activités d'animation et d'information pourront prendre différentes formes : sollicitation directe de partenaires-clés susceptibles d'assumer un leadership, mise à contribution des mécanismes de concertation existants, création de moyens de communication, organisation de rencontres thématiques, etc.

Cette démarche de mobilisation sera ponctuée par la tenue, en juin 1995, d'un sommet régional de la santé et du bien-être. Cet événement devrait, entre autres, mettre en valeur les initiatives et les actions déjà en cours, les contributions possibles des différents acteurs, les pistes d'action que ceux-ci sont prêts à explorer et les conditions qui pourraient en faciliter la mise en oeuvre.

Les différentes actions ou projets qui seront par la suite mis en oeuvre ou consolidés seront consignés dans le **plan d'action régional** en matière de santé et de bien-être. Le processus d'élaboration et de suivi de ce plan d'action reste à développer.

Explications des stratégies d'action prioritaires

La philosophie d'action

Le conseil d'administration s'est donné six principes, une philosophie d'action, qui guident l'ensemble des actions qui seront élaborées et réalisées dans le cadre des stratégies d'action prioritaires. Ces principes s'énoncent comme suit :

- Rechercher une plus grande équité pour tous et pour toutes face à la santé et au bien-être;
- Investir dans l'avenir et miser sur la santé et le bien-être des jeunes;
- Favoriser le développement du potentiel des personnes et leur valorisation sociale;
- Adopter une philosophie d'action axée sur le milieu: agir par et dans les milieux de vie;
- Se concerter davantage dans la mise en oeuvre des actions prioritaires;
- Stimuler les activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

Explication des stratégies d 'action prioritaires

La suite du document énonce pour chaque stratégie d'action prioritaire :

- le libellé de la stratégie et quelques éléments explicatifs permettant de faire le lien entre la stratégie et l'amélioration de la santé et du bien-être ;
- les principaux problèmes que la stratégie vise à réduire ;
- quelques données sur les possibilités de mettre en oeuvre la stratégie dans notre région ;

et évoque à titre d'exemples :

- quelques pistes d'action, des projets concrets et des programmes illustrant des façons de concrétiser la stratégie ;
- des acteurs susceptibles d'être interpellés par la stratégie.

• *Diminuer la pauvreté et ses conséquences chez les jeunes familles.*

- **Soutenir prioritairement les parents de milieu socio-économiquement défavorisé de façon à répondre le plus possible à un ensemble de besoins physiques, psychologiques, sociaux et matériels.**

PRÉSENTATION ET FACTEURS EXPLICATIFS :

La pauvreté est un indice important des problèmes de santé physique et mentale. La famille représente une cellule de la société où naissent et grandissent les enfants. L'environnement social et les conditions de vie dans lesquels évoluent ces familles influencent la relation des parents entre eux et avec leurs enfants. Les parents vivant en milieu socio-économiquement défavorisé sont plus sujets à une détresse psychologique, une estime de soi diminuée, une perte de dignité et d'autonomie, un sentiment d'impuissance et d'incompétence venant perturber le climat familial et la relation d'attachement parents-enfants. De plus, ces familles sont confrontées souvent à la violence. Afin de diminuer les conséquences de la pauvreté, le support précoce (dès la grossesse) et continu aux parents, demeure le moyen à privilégier. Il faut se rappeler que les adolescents(es) issu(e)s de ces familles perpétueront probablement leur vécu auprès de leurs enfants lorsque à leur tour, ils deviendront parents.

PROBLÈMES VISÉS :

Les naissances prématurées ou de poids insuffisant ; les abus sexuels, la négligence et la violence à l'endroit des enfants, les troubles de comportement des enfants, des adolescents et des adolescentes, la délinquance, les problèmes de santé mentale, la violence faite aux femmes ; l'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes ; les maladies du système respiratoire.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU :

Plusieurs documents de référence pour la famille et les enfants traitent de la lutte à la pauvreté : Familles en tête, un Québec fou de ses enfants... Plusieurs ressources sont déjà en place dans différents secteurs; il s'agit de les harmoniser et de créer des liens.

Lors des colloques territoriaux, les participants ont souligné :

- l'existence de ressources pour faire de l'éducation ;
- la connaissance du réseau communautaire des besoins de la population ;
- la possibilité de cibler plusieurs problèmes de santé ;
- l'éducation par l'école, des enfants et des parents.

L'approche Higgins du DDM (Dispensaire diététique de Montréal) et le programme OLO (orange, lait, oeuf) existent dans certains CLSC de la région 04. La formation sur l'approche du DDM peut être offerte à l'ensemble des diététistes de CLSC. Certaines d'entre elles ont déjà suivi cette formation. Une subvention de 85 millions du gouvernement fédéral a été annoncée pour aider les femmes enceintes de milieux défavorisés au niveau du suivi nutritionnel.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU : (SUITE)

La Fondation OLO, suite à une contribution des CLSC participants, procure aux organismes des suppléments vitaminiques pour les femmes enceintes des milieux défavorisés, des coupons pour des oeufs et du lait ainsi qu'un rabais pour des jus en portions individuelles.

PISTES D'ACTION POSSIBLES [1]:

- *Programme intégré en périnatalité et programme OLO (orange, lait, oeuf) offrant un suivi pré et post natal.*
- *Évaluation et suivi nutritionnel des femmes enceintes (méthode Higgin's du Dispensaire diététique de Montréal).*
- *Y'APP (Y'a personne de parfait) : programme d'éducation à la compétence parentale.*
- *Cuisines collectives.*
- *Partir d'un bon pas pour l'avenir : programme intégré de prévention primaire.*
- *Développer un support pour aider les mères adolescentes à retourner aux études.*
- *VVS (Villes et Villages en Santé) adapté à la clientèle de milieu défavorisé.*

PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS :

Régie régionale, CLSC, centres hospitaliers, organismes communautaires, Centre Travail Québec, ministère de l'Éducation, milieu scolaire, professionnels de la santé (médecin, diététiste, travailleur social, infirmière...), épicerie et laiterie, Centre de main d'oeuvre du Canada, organisme de développement de l'emploi.

[1] *Les pistes d'action et les acteurs impliqués présentés dans ce document le sont à titre indicatif*

• *Revaloriser et mieux soutenir le rôle de parent.*

- **Soutenir le développement et le maintien du lien d'attachement parent-enfant et de la compétence parentale de façon intensive et précoce, notamment par l'accompagnement prénatal, le répit post-natal et les programmes de stimulation infantile.**
- **Améliorer le soutien aux familles (ex : accès accru aux garderies, aux lieux de loisir, aux mesures de répit et de dépannage...) et appuyer davantage les initiatives actuelles issues du milieu, telles que les maisons de la famille, les maisons de parents...**
- **Améliorer les capacités psychosociales des individus et des familles.**

PRÉSENTATION ET FACTEURS EXPLICATIFS :

Les parents sont les maîtres d'oeuvre du développement de l'enfant. L'enfant tisse des liens significatifs avec ses parents. Ces liens forment la base de sécurité nécessaire à l'établissement d'autres rapports affectifs et sociaux. Tout en reconnaissant l'importance des caractéristiques individuelles des parents et de l'enfant, l'environnement social et les conditions de vie des parents ne peuvent être négligés comme facteurs significatifs du lien parent-enfant.

Le soutien aux parents et aux familles est invoqué dans plusieurs problèmes de la politique. Voici des données pour certains d'entre eux. En 1993-1994, les Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) de la région 04 ont reçu 3465 signalements dont 1245 ont nécessité une intervention d'évaluation. Durant la même période, 2200 délits commis par des jeunes contrevenants ont été traités. Les jeunes consomment de l'alcool dans une proportion de 70% à 80% tandis que 20% à 23% d'être eux consomment des drogues illégales. Selon une enquête régionale 15,4% des adolescents pensent ou ont sérieusement pensé à se suicider.

PROBLÈMES VISÉS :

Les abus sexuels, la négligence et la violence à l'endroit des enfants, les troubles de comportement des enfants, des adolescents et des adolescentes ; la délinquance ; la violence faite aux femmes ; l'itinérance ; l'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes ; les problèmes de santé mentale ; le suicide ; les situations de handicap chez les personnes qui ont des incapacités.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU :

Voici quelques éléments facilitants :

L'année internationale de la famille a mis en valeur les familles et les parents.

- Existence d'un cadre de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux via le Plan d'action jeunesse.
- Implication et expertise variées de l'équipe de santé publique (approche globale).
- Budgets affectés au Plan d'action jeunesse.
- Facilité de rejoindre les parents à différentes étapes.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU (SUITE):

Dans le cadre de la consultation, 130 participants des ateliers «enfance» sur une possibilité de 181 ont retenu cette voie. Selon les participants, les principales opportunités étaient :

- Existence de programmes (Passe-partout, Y'APP, programmes de stimulation précoce, PAR-ADO) ;
- valorisation du rôle de parent dans plusieurs programmes ;
- existence d'organismes communautaires, près des populations, aptes à répondre à leurs besoins ;
- volonté de concertation des établissements ;
- existence d'un regroupement d'organismes ou d'une table de concertation dans certains territoires ;
- année de la famille - médiatisation de la famille ;
- programme de subvention PACE ;
- volonté d'agir en prévention auprès des parents.

PISTES D'ACTION POSSIBLES :

Mesures individuelles *: support aux habilités parentales, accompagnement et visites à domicile, relation d'aide.*

Mesures collectives *: organisation d'activités collectives (loisirs familiaux, fêtes...), mise en place de conditions favorisant l'entraide, identification et mobilisation autour des besoins collectifs des familles.*

Les parents qui reçoivent un soutien approprié se sentent valorisés et compétents. Différentes périodes de la vie de parents sont propices à renforcer leur compétence : grossesse, naissance, entrée à la garderie, à l'école, etc. Des programmes tels : cohabitation mère-nouveau-né, programme intégré en périnatalité, stimulation précoce, Y'a personne de parfait, groupes de parents, etc. permettent aux parents de devenir plus confiants et plus « compétents ».

PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS :

CLSC, organismes communautaires, services de garde, milieu scolaire, Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), milieu municipal, centres hospitaliers.

• *Privilégier les interventions souples dans les milieux fréquentés par les jeunes.*

Par exemple :

- **Inciter les intervenants et les intervenantes à travailler davantage dans le milieu autant dans des activités de prévention que d'intervention.**
- **Investir davantage dans des ressources souples d'hébergement des jeunes délinquants dans la communauté.**
- **Accroître les mesures de répit pour les parents de jeunes délinquants.**

PRÉSENTATION ET FACTEURS EXPLICATIFS :

Depuis 1990, la Mauricie–Bois-Francs a connu une augmentation de 37% du nombre d'adolescents ayant fait l'objet d'une intervention du directeur provincial au cours d'une année, passant ainsi de 1589 jeunes à 2089. Depuis 1990, il y a eu une augmentation des mises sous garde ouverte ou fermée en Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) de 43% pour notre région, comparativement à 31% pour le Québec. Les Centres jeunesse Mauricie–Bois-Francs sont aux prises avec un problème de surpopulation important. Auparavant, cette situation problématique s'échelonnait sur quelques mois; cette année, la clientèle est en surnombre depuis mars 1994. La région ne s'est pas encore dotée d'une gamme diversifiée de ressources plus légères.

PROBLÈMES VISÉS :

Les troubles de comportement des enfants, des adolescents et des adolescentes ; la délinquance ; le suicide ; l'itinérance.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU :

La Régie régionale et les Centres jeunesse Mauricie–Bois-Francs travaillent conjointement à l'identification et la mise en place de solutions pour faire face à l'engorgement des places en Centre de réadaptation des jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) ; un plan d'action régional a été acheminé en août dernier au comité ministériel chargé de proposer des solutions face à cette problématique vécue aussi par plusieurs autres régions du Québec. Les orientations sont précises et partagées ; les solutions ne passent plus par l'ajout de places additionnelles en CRJDA mais par le développement de solutions de rechange au placement et par la mise en place d'une diversité de ressources plus légères et déconcentrées lorsque la mesure « placement » est requise. Les Centres jeunesse ont adopté un nouveau plan d'organisation qui insiste sur la nécessité de redéployer dans les milieux, près des clients, les structures décisionnelles et les programmes ; des mesures concrètes ont été réalisées ou sont en voie de l'être et marquent cette volonté et cette détermination à opérer le redéploiement des ressources. Le Plan d'action jeunesse interpelle tous les partenaires au développement de solutions de rechange au placement d'enfant. Il existe déjà des solutions jugées efficaces.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU (SUITE):

Lors de la consultation territoriale, 11 territoires de CLSC sur 12 ont retenu cette voie d'action.

Les participants ont souligné qu'il faut assouplir les règles de la direction de la protection de la jeunesse (DPJ), décentraliser les services et les ressources permettant une intervention plus proche de la clientèle, favoriser l'existence de répit - dépannage pour les familles, rendre disponibles des ressources dans le milieu, adapter les interventions au milieu. Ils ont aussi identifié comme opportunités la volonté d'investir dans des ressources souples d'hébergement dans la communauté et le virage actuel vers la prévention et ont souligné l'importance de la recherche afin d'améliorer les interventions.

PISTES D'ACTION POSSIBLES :

Il faut assouplir les moyens d'intervention pour développer une diversité de ressources qui se situeront entre les mesures institutionnelles et le milieu naturel comme les programmes de mise sous garde discontinue, les mesures probatoires avec suivi intensif, etc. Les solutions efficaces passeront également par une déconcentration des ressources pour être plus près des milieux de vie tels que les foyers de groupes et les appartements supervisés etc. Il faut accroître les mesures de répit pour les familles et l'intervention rapide en situation de crise. La mise en place de ces mesures interpelle l'ensemble des partenaires qui doivent harmoniser leurs interventions et rendre accessibles ces services sur tous les territoires. Il est important d'intervenir en milieu scolaire et dans les autres milieux de vie des jeunes : regroupements, groupes communautaires, maison de jeunes, etc.

PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS :

Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA), CLSC, organismes communautaires, milieux scolaire, judiciaire, policier et municipal, parents, Régie régionale.

- ***Améliorer la concertation des différents intervenants au sein du milieu scolaire en regard des problématiques vécues par les jeunes tel que le décrochage scolaire.***

  - **Collaborer à des actions d'ensemble contribuant à l'amélioration du climat de l'école en plus d'aider les jeunes en difficultés.**
  - **Contribuer au dépistage et assurer un meilleur suivi des élèves présentant des troubles de comportement et ce dès l'école primaire.**

PRÉSENTATION ET FACTEURS EXPLICATIFS :

À partir de 5 ans, les jeunes passent près du tiers de leur temps dans le milieu scolaire. Plusieurs jeunes présentent de sérieux problèmes d'adaptation, d'apprentissage et de comportement. On oublie facilement que ces problèmes prennent racine dans les expériences vécues par les enfants en très bas âge. L'abandon scolaire à l'adolescence est causé par les frustrations engendrées par l'échec scolaire et par les difficultés relationnelles avec les pairs ou les enseignants. Cette problématique se développe dès le début du primaire et les enfants qui ont des troubles d'apprentissage sont des élèves à haut risque en raison de la conjugaison des difficultés scolaires et des problèmes de comportement à l'école. Les résultats des recherches sont particulièrement éclairants quant aux effets à long terme de l'échec scolaire et des problèmes de comportement au primaire. En effet, ceux-ci seraient un prédicteur important de la délinquance, de l'école buissonnière et de l'abandon scolaire à l'adolescence. Il existe une relation étroite entre la fréquentation scolaire et le succès de l'intervention pour éviter les placements. Le maintien en milieu scolaire est une condition de réussite de toutes interventions visant la diminution des troubles de comportement et de la délinquance. Dans le cas où des solutions ne sont pas apportées à cet état de fait, plusieurs jeunes continueront à ne pas avoir accès à des services intégrés d'intervention faute de liens fonctionnels permanents entre la DPJ (direction de la protection de la jeunesse) et l'école.

PROBLÈMES VISÉS :

Les troubles de comportement des enfants, des adolescents et des adolescentes ; la délinquance ; le suicide.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU.

Les intervenants du milieu scolaire ont signalé, dans l'avis écrit qu'ils ont déposé, le nécessaire rapprochement entre les intervenants des réseaux de la santé, des services sociaux et du système judiciaire à celui de l'enseignement. Les Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) ont quant à eux indiqué que, dans chaque territoire de CLSC, il faut contribuer à rendre plus complémentaires et continus les services dispensés par l'école, le CLSC, les Centres jeunesse (CJ) et les organismes communautaires. Le programme d'intervention à court terme implanté en collaboration avec certains CLSC en est une application.

Pour ce qui est du décrochage scolaire, il existe des ententes formelles entre les ministères de l'Éducation et celui de la Santé et des Services sociaux (ententes MSSS/MEQ). De plus, la lutte au décrochage scolaire est une des priorités du MEQ.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU (SUITE):

Plusieurs commissions scolaires ont embauché des éducateurs en prévention des toxicomanies dont le mandat peut avoir un impact sur le problème du décrochage scolaire. Ce problème est souvent

souligné par les intervenants et la population comme étant un problème important du milieu scolaire. Des budgets sont prévus pour les régions dans le Plan d'action jeunesse, pour ce type de priorité (stimulation précoce).

Dans les consultations territoriales, les intervenants ont souligné : existence de projets s'adressant aux parents (groupes d'entraide, amélioration des capacités parentales) ; existence de programmes d'aide pour les jeunes en difficulté ou à risque de décrocher (entraide par anciens élèves, maison de jeunes,...) ; volonté de concertation, encouragée par les restrictions budgétaires ; implication de nombreux partenaires et concertation déjà existante dans certains cas ; existence de programmes, outils, études qui pourraient servir à l'amélioration du climat scolaire.

PISTES D'ACTION POSSIBLES :

Mesures axées sur les parents *: développer un sentiment de confiance dans les habiletés de leurs enfants ; développer des sentiments de compétence vis-à-vis de l'école dans leur rôle d'accompagnateur de l'enfant dans ses activités sociales et éducatives ; les aider dans l'adoption de pratiques disciplinaires qui favorisent le développement de leur enfant ; les encourager à aménager des environnements sains.*

Mesures axées sur les enfants *: développer des capacités d'écoute, concentration ; faciliter l'acquisition de compétence sociale : résolution de problèmes, expression claire des idées et des sentiments, comportements affectifs ; faire vivre des expressions de succès ; familiariser à l'environnement scolaire ; dépister les structures menaçant leur développement.*

Mesures axées sur le milieu *: Lorsque l'on parle du climat de l'école, il apparaît évident que l'ensemble des personnes qui vivent dans ce milieu de vie doivent être impliquées. Une approche globale doit être mise en place, qui touche à l'ensemble du milieu, tant l'environnement physique que les comportements des individus qui se retrouvent dans l'école. L'approche par « Projet éducatif » apparaît une voie prometteuse en ce sens. Par exemple, la mise en place d'actions visant à diminuer la violence, à faciliter l'intégration et l'implication des jeunes, à créer un milieu physique plus accueillant (décoration, peinture, services, etc.), ou encore à faciliter la communication entre les personnes jeunes et adultes. On doit aussi porter une attention sur les phases de transition pour les jeunes, ex. le passage du primaire au secondaire, ou du secondaire au collégial. Cela demande beaucoup de concertation, mais des projets en cours démontrent que cela est réalisable (ex. école secondaire Val-Mauricie). Il est nécessaire d'intensifier les services sociaux aux jeunes en milieu scolaire, prioritairement au niveau primaire, ainsi que de développer une plus grande complicité et une complémentarité accrue entre le milieu scolaire et les intervenants en protection de la jeunesse : resserrement des liens de concertation, application intégrale des ententes MSSS/MEQ, mise en place des comités interétablissements, élaboration de protocoles concernant l'échange d'informations sur les bénéficiaires, participation de l'école dans l'élaboration et le suivi des plans de services individualisés.*

PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS :

Professionnels/les en milieu scolaire, CLSC, Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse CPEJ, justice, organismes communautaires, parents.

- ***Stimuler les activités de prévention et de promotion de la santé, en mettant l'accent sur les services destinés aux jeunes et en y associant leur famille, en vue de diminuer la consommation d'alcool et de drogues illégales.***

PRÉSENTATION ET FACTEURS EXPLICATIFS :

Ce problème touche toutes les catégories d'âge et toutes les classes de la société. Le problème de toxicomanie est relié à plusieurs problèmes de santé ou sociaux. L'usage et l'abus de psychotropes (alcool, drogues et médicaments) est un problème majeur. Chez les 15/29 ans, 10 fois plus de jeunes consomment de l'alcool (80%) que des drogues (8%). Chaque année, l'usage abusif de l'alcool est responsable de 4000 décès. La consommation alcool/drogues est une des causes principales des décès par traumatismes routiers (500/an). L'usage de drogues et d'alcool est intimement relié à la criminalité (possession d'armes, vol, prostitution, etc.).

PROBLÈMES VISÉS :

Alcoolisme et usage abusif de psychotropes, les troubles de comportements des enfants, des adolescents et des adolescentes, la délinquance, le suicide.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU :

Constitue une des priorités des gouvernements fédéral et provincial. Présence d'un coordonnateur intersectoriel dans notre région. Existence d'un budget spécifique à la réalisation de projets de prévention et de promotion de la santé dans la région (budgets qui existent aussi aux niveaux provincial et fédéral). Depuis trois ans, de nombreux projets ont pris racine dans notre région. Existence d'un programme d'intervention dans notre région (PAVOT) qui est reconnu provincialement. Existence de 7 groupes de concertation en prévention des toxicomanies dans la région. Existence dans certaines écoles de ressources de prévention des toxicomanies. Assez grande sensibilité de la population à l'importance de cette problématique.

Opportunités soulignées par les participants lors des consultations territoriales :

- Bonne sensibilisation de la population à la prévention/promotion.
- Existence de mouvements de concertation.
- Implication des organismes communautaires (maisons de jeunes et autres).
- Bonne collaboration interorganisme.
- Existence de programmes de prévention et de dépistage en regard de l'alcool et des drogues.
- Disponibilité de services, de support, de matériel en regard de l'alcool et des drogues.
- Sensibilisation du milieu scolaire à la problématique de l'alcool et des drogues

PISTES D'ACTION POSSIBLES :

Mise en place de plusieurs stratégies d'action visant plusieurs cibles différentes. Les principales stratégies reconnues efficaces sont : le contrôle de la circulation et de l'acquisition des produits (législation et application des lois), l'influence, le développement de compétences et l'aménagement des milieux de vie.

L'influence regroupe les activités ayant trait à l'éducation, l'information, la persuasion et la formation. Elle vise à accroître les connaissances, modifier les attitudes, influencer les intentions et renforcer les acquis (ex : annonces publicitaires). Le développement de compétences vise à accroître les aptitudes de l'individu ou des personnes qui ont une influence dans les milieux où évoluent les adolescents. Les activités visent à accroître l'estime et la confiance en soi, à augmenter les habiletés à gérer son stress et à résister aux pressions ainsi que les aptitudes à nouer des relations et à trouver des solutions aux problèmes de la vie (ex : programme de support par les pairs). L'aménagement des milieux vise à modifier les conditions et la qualité de vie des milieux où vivent les jeunes afin d'accroître leur niveau de satisfaction à l'égard de leur environnement (ex : lieux de rassemblements, lieux sans consommation d'alcool ou de drogues, maisons de jeunes). Ces stratégies doivent être menées ensemble et en complémentarité. Le programme PAVOT du Centre de la Mauricie constitue un exemple d'une approche à plusieurs stratégies. Ce programme est construit autour d'un élément central : le processus de prise de décision face à l'usage des drogues. Il s'échelonne sur les 4 premières années du secondaire, à raison de 20 périodes de 50 minutes. Le volet «Parents» intervient auprès de ceux-ci en vue d'améliorer leur influence en regard de la consommation de drogue; 4 rencontres sont prévues avec les parents des élèves du secondaire I et II.

PRINCIPAUX ACTEURS :

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), établissements, organismes communautaires, ministère de l'Éducation (écoles, commissions scolaires), ministère de la Justice, ministère de la Sécurité publique, policiers, parents, médias, commerces (alcool), municipalités, professionnels de la santé, organismes socio-économiques.

- ***Stimuler le développement de solutions alternatives à l'usage des médicaments, de manière à en diminuer la consommation abusive chez certains groupes les plus touchés.***

PRÉSENTATION ET FACTEURS EXPLICATIFS :

Les médicaments sont une des technologies médicales des plus efficaces et efficientes lorsqu'ils sont bien utilisés. Selon l'Organisation mondiale de la santé, trois facettes définissent le mauvais usage de la médication : 1) la médication est-elle le traitement pertinent ? 2) le médicament est-il prescrit de façon appropriée (choix, posologie, durée de traitement) ? 3) est-il pris de façon sécuritaire (abus, non-fidélité à la prescription, stockage, interactions, contre-indications, etc.) ?

La pharmacothérapie est le traitement médical le plus employé. La majorité des visites dans un cabinet de médecin donne lieu à la prescription d'au moins un médicament. Les réactions indésirables aux médicaments sont plus fréquentes chez les personnes âgées et cela indépendamment du fait que les âgées en font plus grand usage. Les médicaments sont responsables de 10% à 20% des hospitalisations de ce groupe. Parmi les médicaments les plus souvent en cause, les psychotropes sédatifs, anxiolytiques et hypnotiques sont pointés. Selon la RAMQ, en 1992, ces derniers représentent dans la région 17,8% des ordonnances chez les âgées (15,1% au Québec) et 25,1% chez les prestataires de bien-être social (23,0% au Québec). Les benzodiazépines (Ativan, Xanax, Valium...) représentent la grande majorité de ces médicaments et les enquêtes montrent que les femmes et les personnes âgées en sont les principales utilisatrices. Ces tranquillisants mineurs entraînent l'accoutumance, des pertes de mémoire, de la confusion, des chutes, de l'incontinence et de l'instabilité ; de plus en plus on considère que leurs effets négatifs sont supérieurs aux effets positifs qui sont attendus (réduire l'anxiété et les troubles du sommeil). Cependant, pour le médecin qui prescrit et pour le consommateur qui les demande, les tranquillisants sont souvent la seule solution envisagée. Le mauvais usage des médicaments ne concerne pas seulement les benzodiazépines; cependant, la plupart des experts s'accordent pour les cibler prioritairement.

PROBLÈMES VISÉS :

L'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes, les obstacles à l'intégration des personnes âgées, la plupart des problèmes de santé physique, la santé mentale, le suicide, les traumatismes, la violence faite aux femmes.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU

La stratégie d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux qui vient d'être publiée créera un environnement favorable et sollicitera les acteurs régionaux afin qu'ils réalisent des interventions dans cette voie d'action. Même si le lieu de contrôle de la mise en place de certaines pistes d'action n'est pas régional mais national, leurs réalisations auront des impacts dans les régions.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU (SUITE)

D'autres pistes d'actions sont nettement locales. Certaines sont réalisables à même les ressources déjà en place comme l'ont déjà démontré quelques établissements ; certaines autres pourraient être réalisées avec des programmes de subvention.

Lors des colloques territoriaux, le milieu a manifesté une grande sensibilité face à cette problématique et parfois un certain sentiment d'impuissance. La concertation des acteurs a été rapportée comme un facteur déterminant dans la réussite des solutions.

PISTES D'ACTION POSSIBLES :

Les campagnes d'information médiatiques sur le bon usage des médicaments peuvent créer un environnement propice à l'action si elles sont accompagnées d'autres approches. Pour être efficaces, les solutions demandent la participation des dispensateurs, des consommateurs et de l'entourage de ces derniers.

Les interventions communautaires utilisant les pairs comme co-animateurs de rencontres organisées au niveau local sont reconnues comme plus efficaces que la transmission d'information par d'autres canaux. Le projet Savoir Entraide et Vieillissement Éclairé (SEVE) développé dans l'Outaouais en est un bon exemple.

Dans les établissements d'hébergement, des interventions souvent légères ont amené des diminutions significatives de la consommation (techniques de relaxation, information et éducation auprès des intervenants et des usagés, logiciels de pharmacie etc.). Dans des CLSC, des revues systématiques des médicaments de la clientèle du maintien à domicile se sont avérés très efficaces.

Après une série de consultations auprès des principaux acteurs impliqués, le ministère de la Santé et des Services sociaux vient de publier sa stratégie d'action L'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées. Le document décrit les solutions qui ont été démontrées efficaces et celles que les experts considèrent comme les plus prometteuses et qui méritent d'être expérimentées. Les solutions touchent à :

a) la dispensation des médicaments : guide d'utilisation, formation académique et continue, évaluation des médicaments controversés, visiteurs médicaux, partenariat médecin et pharmacien, mode de rémunération, logiciel d'aide à la décision, etc.

b) la commercialisation des médicaments : inclusion des populations peu représentées (aînés) dans les essais cliniques précédant la mise en marché, surveillance des effets indésirables, renforcement des mesures visant l'éthique dans les relations entre les professionnels de la santé et l'industrie pharmaceutique (celle-ci dispose de budget de marketing énorme), etc.

c) l'évaluation et la recherche : évaluer l'impact de la désassurance de certains médicaments, valider les ordonnances potentiellement non-appropriées, étudier les facteurs psycho-socio-culturels qui influencent la consommation etc.

PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS :

Les consommateurs de médicaments et leur entourage, les médecins, les pharmaciens, leurs corporations, la Régie de l'assurance-maladie, les associations vouées aux âgés et aux femmes, les groupes communautaires, les établissements du réseau de la santé, les ministères de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation et de l'Industrie, les universités, l'industrie pharmaceutique.

• *Renforcer les activités éducatives et préventives en regard des maladies transmissibles sexuellement et du sida.*

PRÉSENTATION DES FACTEURS EXPLICATIFS :

La précocité des relations sexuelles (âge moyen 16.6 ans), les pratiques sexuelles non protégées, les partenaires multiples, l'absence de symptôme pour certaines maladies transmises sexuellement (MTS), la consommation de drogues et d'alcool, l'instabilité des unions, la pauvreté, le coût élevé des condoms, le manque d'activités éducatives et préventives adaptées aux clientèles à risque sont tous des facteurs pouvant expliquer le nombre grandissant de cas de MTS et de sida déclarés au Québec à chaque année, dont les conséquences sont majeures pour l'individu (infertilité, douleurs chroniques, décès, cancer, etc.).

La transmission de la plupart des MTS de même que le sida ne peut être prévenue par l'administration d'un vaccin.

La mise en place d'activités éducatives et préventives adaptées aux clientèles demeure la seule arme dont nous disposons pour tenter de diminuer la transmission de ces maladies et éviter ainsi des conséquences importantes sur la santé des individus.

Dans le cas de l'hépatite B, la mise en place d'un programme de vaccination visant les jeunes et les clientèles les plus à risque, en plus des activités éducatives et préventives, devraient contribuer à diminuer l'incidence de cette maladie parmi notre population.

PROBLÈME VISÉ :

Les maladies transmissibles sexuellement et le sida.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU :

Les principales opportunités retenues lors des colloques sont :

- l'existence du programme de formation personnelle et sociale (FPS) aux niveaux primaire et secondaire ;
- l'existence de ressources qualifiées dans le réseau et dans le milieu communautaire ;
- la possibilité de contribution des groupes existants ;
- l'intérêt des jeunes pour certaines activités, potentiel des jeunes leaders ;
- le déplacement de l'intérêt du curatif vers le préventif ;
- le programme d'échange de seringues : bon moyen pour rejoindre les clientèles à risque pour les MTS et le sida.

PISTES D'ACTION POSSIBLES :

- *Maintenir les campagnes médiatiques en mettant davantage l'accent sur les comportements à risque plutôt que sur des groupes particuliers ;*
- *orienter l'éducation sexuelle dans les écoles sur le développement des connaissances et sur l'adoption d'attitudes et de comportements préventifs ;*
- *diriger les interventions vers des comportements spécifiques plutôt que généraux ;*
- *offrir des interventions préventives aux jeunes avant qu'ils ne débutent leur vie sexuelle active et les maintenir par la suite de manière à renforcer l'adoption de pratiques sécuritaires ;*
- *mettre en place des cliniques-jeunesse mobiles d'intervention ;*
- *mettre en place un mécanisme efficace de recherche des partenaires sexuels des personnes atteintes d'une MTS ;*
- *installer des distributrices à condoms dans les écoles ;*
- *favoriser l'implantation d'un programme de vaccination contre l'hépatite B ;*
- *supporter l'opérationnalisation du programme d'échange de seringues en cours d'implantation ;*
- *supporter la création d'outils adaptés aux clientèles à risque.*

PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de l'Éducation, Régie régionale (Direction de la santé publique), établissements, organismes communautaires, autorités policières provinciales et municipales.

• *Renforcer le dépistage précoce du cancer.*

- **Améliorer les services actuels de dépistage précoce du cancer du sein et encourager, pour d'autres formes de cancer également, le dépistage précoce lorsqu'il peut avoir un impact significatif sur l'incidence du cancer et du taux de mortalité.**

PRÉSENTATION ET FACTEURS EXPLICATIFS :

- Il est reconnu qu'un dépistage précoce du cancer du sein (auto-examen, mammographie et examen médical tous les deux ans) réduit de façon substantielle la mortalité par cancer du sein en particulier chez les femmes de 50 à 59 ans.
- Un programme de dépistage bien organisé du cancer du col de l'utérus pourrait réduire jusqu'à 60% de l'incidence et de la mortalité reliées à ce type de cancer.
- Le tabagisme représente le plus important facteur de risque du cancer ; on lui associe le tiers de tous les décès par cancer et la majorité des décès par cancer du poumon.
- Les effets de l'alimentation, de l'embonpoint et de la consommation d'alcool sont aussi bien connus ; les habitudes alimentaires sont notamment reliées au cancer colorectal et, probablement, au cancer du sein.
- D'autres facteurs interviennent également : le milieu de travail (exposition aux poussières ou aux vapeurs toxiques), l'environnement (pollution de l'air et exposition excessive au soleil), le stress, certains facteurs hormonaux comme l'activité cyclique ovarienne, dans le cas du cancer du sein.

PROBLÈME VISÉ :

Le cancer

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU :

Excellente. Les ressources humaines et matérielles, la technologie sont disponibles. Il est impérieux d'élaborer et d'implanter un programme régional de dépistage du cancer du sein, respectant les orientations du plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux 1994 (centre de coordination, accréditation de centres de dépistage, campagne d'information aux femmes et aux médecins), en concertation avec tous les acteurs concernés.

PISTES D'ACTION POSSIBLES :

Un programme intégré de dépistage précoce :

- *L'amélioration des services actuels de dépistage précoce du cancer du sein, en particulier chez les femmes de 50-59 ans, réduirait de façon substantielle la mortalité par cancer chez ce groupe d'âge, si la qualité des examens radiologiques et la coordination de toutes les interventions liées au dépistage sont adéquates. On estime que parmi les 340,000 mammographies faites au Québec en 1992, entre 50% et 60% pourraient être considérées comme des interventions de dépistage. La moitié uniquement de ces mammographies ont été réalisées chez des femmes de 50-59 ans. Il est probable que 60% des femmes de 50-59 ans n'ont jamais passé de mammographies.*

Pour le cancer du poumon : mettre en place un programme intégré de lutte anti-tabagique, élément capital non seulement pour une réduction de la mortalité par cancer du poumon mais également par cancer en général.

PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS :

Population cible, médecins, centres hospitaliers, CLSC, cliniques médicales, Régie régionale (Direction de la santé publique), cliniques privées de radiologie, sociétés du cancer, organismes communautaires.

• *Soutenir les personnes atteintes de maladies graves ou incurables et leurs proches*

Par exemple :

- **Encourager la formation d'équipes multidisciplinaires qualifiées dans la dispensation de soins palliatifs à domicile ou en établissement.**
- **Soutenir davantage les associations bénévoles et les groupes d'entraide des secteurs visés.**

PRÉSENTATION ET FACTEURS EXPLICATIFS

Certaines maladies graves ou incurables, tel le cancer, sont extrêmement éprouvantes, physiquement et émotivement, pour la personne atteinte et ses proches. L'annonce est généralement source d'une forte anxiété, voire de crises. L'évolution de ces maladies est souvent douloureuse, et leur traitement est associé à des effets secondaires non négligeables. Des interventions chirurgicales importantes portent atteinte à l'intégrité du corps. Au-delà d'un certain seuil, la médecine se révèle impuissante. Il importe alors de soutenir la personne et ses proches vers la mort imminente.Bien que n'ayant aucun effet sur la stabilisation ou la réduction de ces maladies, le soutien des personnes atteintes et de leurs proches, peut agir sur la détresse psychologique, élément très significatif dans le maintien de la santé mentale ainsi que dans la problématique du suicide. Les femmes à titre de principales aidantes, et les aînés à titre de clientèle principale, sont particulièrement concernés par cette stratégie.

PROBLÈMES VISÉS

La violence faite aux femmes, l'alcoolisme et l'usage abusif des psychotropes, les maladies du système respiratoire, les problèmes de santé mentale, le suicide, l'intégration sociale des personnes âgées, les situations de handicap, le cancer, le sida.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU

Le nouveau cadre de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'égard des services à domicile cible spécifiquement les personnes en phase pré-terminale ou terminale et leurs proches. Les centres d'action bénévole y sont reconnus comme partenaires et les CLSC sont mandatés pour la promotion de la concertation de tous les acteurs en ce domaine. Les ressources d'Albatros sont disponibles sur tout le territoire. Le besoin de formation des intervenants représente le premier et le plus grand besoin, mais la formation est disponible. La mise en place d'équipes multidisciplinaires en CLSC s'avère relativement facile. Les interventions psychosociales spécialisées demeurent cependant à développer. La mise en oeuvre de cette stratégie peut s'effectuer sans délai majeur. La création d'un centre de cancérologie ajoutera à la gamme de services et pourrait avoir un effet d'entraînement chez l'ensemble des partenaires.

PISTES D'ACTION POSSIBLES :

Il faudrait développer une approche plus intégrée dans les suites aux traitements (soins à domicile, rôles des bénévoles). Les unités de soins palliatifs fournissent de très bons services aux malades et à leur entourage, mais peu sont disponibles dans les centres hospitaliers de la région (5). Aucun centre hospitalier de soins de longue durée ne dispose de telles unités, bien que le personnel soit de plus en plus sensibilisé. L'approche en phases pré-terminale et terminale est toutefois récente. Nous disposons d'un bon système de services à domicile, aucun cas n'est refusé, mais il faut encourager la formation d'équipes multidisciplinaires qualifiées, et soutenir les associations bénévoles et les groupes d'entraide de ce secteur. L'intervention en situation d'anxiété extrême ou de crise demande à être développée et rendue accessible.

PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS :

Les centres hospitaliers de soins de courte durée, les CLSC, les organismes communautaires tels qu'Espoir de vie, les centres d'action bénévole, les groupes d'entraide, les sociétés du cancer, les ressources alternatives telles qu'Albatros.

- ***Implanter un système de soins intégrés en traumatologie qui, notamment, augmentera la rapidité d'intervention dans les premières minutes suivant l'événement et qui facilitera l'intervention précoce en réadaptation***

PRÉSENTATION ET FACTEURS EXPLICATIFS

Les traumatismes ou accidents représentent la 3e cause de décès (8,3%). Chez les 1-45ans, ils représentent la première cause de décès (50%). Les plus de 65 ans représentent 25% des personnes décédées par traumatismes. Bien que 80% des 15-24 qui décèdent meurent par traumatismes, il faut tenir compte que peu de jeunes meurent (ils représentent uniquement 1,5% de tous les décès dans une année) et, de ce fait, ils sont donc à faible risque. Cependant d'un point de vue économique et social le nombre d'années potentielles de vie active perdues chez les 15-64 est de 27,4 chez les hommes et de 7,0 chez les femmes. Les traumatismes occupent le 5e rang des raisons d'hospitalisations (10%) et le 4e rang (10,5%) de la durée des jours d'hospitalisation. De plus, 25% des personnes souffrant d'incapacité (ce qui représente 7,4% de la population totale) désignent un accident comme cause d'origine de leur incapacité.

PROBLÈMES VISÉS

Les traumatismes, les situations de handicap.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU

Le Ministère a fait connaître ses orientations. Des spécialistes sont disponibles pour conseiller les régions. Des consultations publiques ont donné lieu à des consensus entre tous les acteurs dans notre région. Les centres hospitaliers sont déjà désignés. Des ententes avec la SAAQ sont signées. Une centrale de coordination est prévue. Tous les partenaires sont sensibilisés. Une réorganisation régionale de nos services de réadaptation est en cours. Les protocoles de tri et les corridors de services seront bientôt consolidés. Un registre efficace des traumatismes est annoncé pour janvier 1995.

PISTES D'ACTION POSSIBLES :

Il est impossible de prévenir tous les traumatismes. Un système global de soins intégrés est nécessaire pour diminuer le nombre de décès (taux de mortalité) et le nombre de personnes victimes d'accidents (taux de morbidité).

La chaîne complète de services doit consolider quatre maillons essentiels :

- *les premiers témoins et les premiers répondants (policiers, pompiers et autres);*
- *le système pré-hospitalier d'urgence (ambulanciers, « 911 » et autres);*
- *les centres hospitaliers désignés comme centres de traumatologie et devant recevoir les ambulances;*
- *les services de réadaptation et de maintien à domicile.*

Un modèle efficace et reconnu d'organisation de ces services existe et la technologie nécessaire est disponible. Près de 30% des décès sont évitables et la sévérité des séquelles peut être amoindrie par des services structurés en milieux spécialisés. La réadaptation précoce peut avoir un effet positif sur la longueur de la durée de séjour en établissement. Près de 95% des survivants à un accident peuvent retrouver leur autonomie et leur place dans la société. Le séjour hospitalier global, incluant la réadaptation, pourrait passer de 1,5 année à 6 mois.

PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS :

Le grand public, l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les milieux scolaire et municipal, les compagnies d'ambulances, l'OPHQ, la SAAQ et autres : témoins, secouristes, policiers, pompiers, la première ligne du réseau tel 24/7, les ambulanciers, les médecins, le réseau communautaire et alternatif.

- ***Accroître le soutien aux familles et aux ressources de la communauté qui interviennent auprès des personnes ayant des incapacités et accentuer leur intégration au marché du travail.***

PRÉSENTATION ET FACTEURS EXPLICATIFS :

Le soutien aux familles et aux aidants constitue la pierre angulaire du maintien dans le milieu de vie naturel et de l'intégration sociale des personnes ayant des incapacités. La présence d'une personne handicapée au sein d'une famille implique une adaptation du milieu de vie, des responsabilités et charges financières accrues et souvent une réorganisation de la vie quotidienne. L'accès aux services de soutien permet à la personne d'exercer les rôles sociaux propres à son âge et permet aussi aux familles d'éviter l'épuisement. L'intégration au marché du travail permet aux personnes ayant des incapacités de réaliser leurs rôles sociaux et d'accéder à l'autonomie financière, brisant ainsi le cercle de l'appauvrissement, de l'isolement social et de la marginalisation, notamment chez les femmes en âge de travailler.

PROBLÈME VISÉ :

Les situations de handicap chez les personnes ayant des incapacités.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU :

Dans le cadre de la consultation, cette voie d'action prioritaire a été retenue par les participants dans tous les territoires de CLSC. Selon les participants, les principales opportunités étaient :

- L'existence de ressources de répit-dépannage pour les parents.
- La collaboration entre les organismes communautaires et le réseau, l'implication de la communauté.
- La disponibilité de nombreuses personnes pour aider les personnes en perte d'autonomie et l'existence de nombreuses ressources et de services pour les personnes âgées comme les regroupements d'aidants naturels, les bénévoles, la famille et les centres de jour.
- La réduction d'impôt pour la garde de personnes handicapées à la maison.
- La décentralisation de certains services.
- La présence de concertation, d'esprit d'entreprise et d'innovation.

PISTES D'ACTION POSSIBLES :

- *Rendre accessibles à la personne et à ses proches des services psychosociaux dès l'annonce d'une déficience.*
- *Accroître le soutien financier aux différents programmes et services de compensation et de soutien à l'intégration sociale pour les personnes handicapées comme le maintien à domicile, le répit dépannage-gardiennage, le transport et l'hébergement, l'interprétariat, les aides de suppléance, l'adaptation du domicile et du poste de travail.*
- *Prévoir un mécanisme d'accès aux divers services et avoir recours aux plans de services individualisés de façon systématique en y incluant les besoins des aidants naturels.*
- *Adapter et renforcer les programmes d'enseignement, de formation et d'intégration socioprofessionnelle selon les besoins des personnes ayant des incapacités.*
- *Poursuivre les efforts et les projets visant à réduire les obstacles sociaux et environnementaux tel le transport adapté.*
- *Supporter le milieu associatif pour les projets novateurs en travail adapté.*
- *Consolider l'expérience des SEMO (service de main-d'oeuvre pour personnes handicapées)*

PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS :

Les ministères et leurs services reliés à la formation, à l'emploi et à la sécurité du revenu, les CLSC, les associations ou groupes d'entraide, les organismes communautaires, l'Office de protection des personnes handicapées (OPHQ), les établissements de réadaptation et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

• *Réduire les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées*

- **adapter l'environnement physique et socio-économique de manière à favoriser le maintien de l'intégration sociale des aînés (par exemple : conditions de logement, moyens de transport adaptés, possibilité d'échanges intergénérationnels, soutien au revenu...). Cette stratégie demande de privilégier une approche multisectorielle ;**
- **réorienter les services sociosanitaires de façon à fournir aux personnes âgées les moyens nécessaires pour maintenir le plus longtemps possible leur intégration à leur communauté, avec des conditions de vie adéquates pour elles-mêmes et pour leurs proches. Cette stratégie s'applique à tous les services qui s'adressent aux personnes âgées, y compris ceux qui sont offerts par les centres hospitaliers ;**
- **favoriser la participation des aînés dans les actions de prévention et de promotion de la santé et du bien-être, tant lors de leur élaboration que lors de leur implantation, particulièrement pour les sept problèmes qui affectent le plus les personnes âgées ;**
- **favoriser le développement des capacités psychosociales des personnes âgées.**

PRÉSENTATION ET FACTEURS EXPLICATIFS :

- Le manque d'adaptation de la société face aux obstacles rencontrés par les âgés tels que les incapacités fonctionnelles et psychologiques, les conditions socio-économiques défavorables ainsi que les deuils et la retraite ont des conséquences importantes sur leur bien-être : l'isolement, l'insécurité, la dépendance accrue envers les proches, le sentiment d'inutilité et de dévalorisation, la détérioration de l'état de santé et le déracinement du milieu naturel.
- Par ailleurs, une croissance extraordinaire du nombre d'aînés en besoin de soutien à domicile s'annonce dans les prochaines années. 50% des aînés de 75 à 84 ans déclarent une incapacité et cette proportion atteint 77% après 85 ans. Le groupe des 75 ans et plus augmentera de 42% d'ici l'an 2001, comparativement à 1991. En 1987, 7% des personnes âgées de 65 ans et plus étaient hébergées ; l'objectif fixé pour 2001 est de réduire ce pourcentage à 5%. De plus, l'efficacité des interventions gériatriques en centre hospitalier de soins de courte durée (CHCD) et le développement de technologies souples et moins coûteuses exerceront une pression sur la dispensation de toute une gamme de services à domicile.
- Sept problèmes affectent particulièrement les aînés. Ce sont : les abus et la négligence, les problèmes cognitifs réversibles et leurs conséquences, les situations de handicap liées aux pertes auditives et visuelles, la dépression et ses conséquences, le suicide, la consommation de médicaments et particulièrement de psychotropes, les problèmes d'alcoolisme et leurs conséquences.

PROBLÈME VISÉ :

Les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU :

Lors de la consultation sur la politique de la santé et du bien-être, les participants des ateliers «personne âgée» reconnaissent :

- l'apport du CLSC et des nombreuses ressources dans le milieu ainsi que la volonté des aînés de demeurer à domicile ;

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU : (SUITE)

- le potentiel des aînés et leur implication au niveau des regroupements d'aînés (Âge d'or, AQDR, Viactive...) au niveau des structures démocratiques (comités d'usagers, tables de concertation, conseils des aînés...) au niveau de l'action bénévole et auprès des jeunes (activités intergénérationnelles) ;
- les opportunités qu'offrent les tables de concertation ;

comme des éléments facilitant les changements à apporter en vue d'améliorer la qualité de vie des aînés ;

- l'arrivée des «baby-boomers», la sensibilité du secteur privé et de l'industrie aux besoins des aînés, la mise en marché de nouvelles technologies (domotique et autoroute électronique) et le développement du réseau Villes et Villages en Santé (VVS), laissent présager l'émergence d'actions concrètes permettant l'intégration des aînés dans la société ;
- la Régie régionale dans le cadre du «Projet INTER» priorise une configuration nouvelle des services dans une logique de besoins, sur la base de programme clientèle et d'une organisation territoriale, tandis que le «Défi Qualité-Performance» peut permettre la réallocation et le redéploiement cohérent des ressources ;
- l'implication des aînés au niveau des actions à poser est primordiale pour garantir des changements positifs dans le milieu et, surtout, pour leur permettre d'exercer leur rôle d'acteurs plutôt que de les confiner à un rôle de consommateurs.

PISTES D'ACTION POSSIBLES :

- *l'adaptation du logement et de l'environnement (l'HABITAT) ex. : la télésurveillance (24 heures par jour/sept jours par semaine), la surveillance de quartier, l'accessibilité aux services de base (épicerie, caisse, banque, église, loisirs...) etc. ;*
- *l'adaptation du travail (flexibilité des horaires, adaptation de la charge de travail, possibilité d'une deuxième carrière) ;*
- *l'approche intergénérationnelle : programme de jumelage avec les jeunes face au décrochage scolaire, programme de jumelage avec les familles (soutien des futures mamans, visites des écoles élémentaires à l'heure du dîner, récupération d'objets, cuisines collectives) ;*
- *la mise en place ou l'augmentation des services de base pour les tâches domestiques, les soins personnels, le gardiennage, l'hébergement temporaire (répit, dépannage, convalescence, urgence sociale) et cyclique, le 24/7, les plans de services individualisés, le rayonnement des unités de gériatrie et des équipes de psychogériatrie, la formation en gérontologie des intervenants ;*
- *l'approche par les pairs ou entre les aînés : les programmes d'information et de formation en alimentation, en activité physique et sur la consommation de médicaments ainsi que les programmes de support aux endeuillés, les programmes de dépistage de la violence, les réseaux d'échange de services.*

PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS :

Les aînés et leurs regroupements, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires, les familles, les jeunes, les centres d'action bénévole, les cabinets privés des médecins, les résidences d'accueil, le secteur privé, les professionnels (ergothérapeutes, architectes, urbanistes, ergonomes, policiers...), le conseil des aînés, l'Association québécoise de gérontologie, les ressources alternatives, les mécanismes d'accès, les municipalités et les représentants des ministères du Revenu, de l'Éducation, du Travail, du Transport et du secteur de l'habitation (Société canadienne d'hypothèque et de logement, Société d'habitation du Québec, offices municipaux d'habitation).

• *Agir pour réduire les écarts de santé et de bien-être entre les hommes et les femmes.*

- **Contribuer à ce que les femmes maîtrisent davantage les conditions qui affectent leur santé et leur bien-être en tenant compte de leur spécificité biologique et également des facteurs sociaux et économiques qui déterminent leur situation et influencent leur santé.**
- Permettre aux femmes d'atteindre l'autonomie et le respect de leur intégrité physique et mentale.
- Contribuer à conscientiser et responsabiliser les femmes et les hommes face à la transformation des rapports hommes-femmes ainsi que face à leur propre santé et à celle de leurs proches.

PRÉSENTATION ET FACTEURS EXPLICATIFS

On ne considère plus que les femmes ont nécessairement de la difficulté à rester en santé, mais plutôt que les femmes ont très certainement une santé difficile à maintenir étant donné, entre autres, leur état de pauvreté, les rôles sociaux et les rapports inégalitaires entre les hommes et les femmes dans notre société. La relation directe entre la pauvreté et la santé ne fait plus de doute. L'écart de santé entre les hommes et les femmes pauvres est aussi important que celui entre les riches et les pauvres et, de façon générale, les écarts entre les groupes économiques sont accentués chez les femmes. Ainsi, un des problèmes majeurs en santé et bien-être pour les femmes et particulièrement pour celles responsables d'une famille monoparentale réside dans la situation de pauvreté. En comparant l'état de santé de femmes violentées et leurs enfants à celui des femmes en général, des chercheuses ont démontré que les femmes violentées seraient cinq fois plus nombreuses à développer des problèmes psychologiques qualifiés de sévères (dépression, grande nervosité, confusion ou perte de mémoire) et présenteraient en général plus de problèmes chroniques de santé physique (troubles digestifs, anémie, ulcères, maux de dos, hypertension, etc.). Elles consomment également deux fois plus de tranquillisants que les autres femmes. À cause de leur fonction reproductrice, les femmes sont les cibles privilégiées du pouvoir médical, dont l'interventionnisme s'est fait plus marqué en regard de la quantité d'actes médicaux dont elles sont les bénéficiaires. Les femmes déclarent plus de malaises psychologiques que les hommes, elles reçoivent plus de diagnostics et plus de traitements qu'eux pour des troubles mentaux, en particulier pour des états dépressifs, et se voient prescrire plus de médicaments psychotropes. Plus d'une adolescente sur trois (36%) se situe au plus haut niveau de détresse psychologique comparativement à 16% chez les garçons.

Parmi les femmes hospitalisées en psychiatrie, 83% déclarent avoir été victimes d'agressions physiques et sexuelles graves. De ce nombre, 37% ont été victimes d'agressions sexuelles durant l'enfance et 38% durant l'âge adulte. Selon des données régionales, 80% des femmes toxicomanes ont vécu des épisodes de violence et d'abus.

PROBLÈMES VISÉS

Tous les problèmes de la politique, en accordant une priorité aux problèmes suivants : les abus sexuels, la négligence et la violence à l'égard des enfants, la délinquance, la violence faite aux femmes, l'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes, le cancer, les MTS et le sida, les problèmes de santé mentale.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU.

Existence d'un comité aviseur sur la condition de vie des femmes qui a comme mandat de supporter le processus décisionnel de la Régie régionale en matière de conditions de vie des femmes. Présence d'une table de concertation des groupes de femmes de la Mauricie–Bois-Francs, composée d'environ 40 groupes de femmes. Il existe à l'intérieur des groupes de femmes une expertise sur les réalités des femmes (économique, médicale, politique, sociale, etc.).

PISTES D'ACTION POSSIBLES :

- *Reconnaître et supporter les groupes de femmes.*
- *Intégrer les réalités des femmes dans toutes les études et les données sociosanitaires pour bien saisir la spécificité de la situation des femmes et de leur état de santé dans la région 04.*
- *Mettre en place des ressources d'intervention répondant aux besoins particuliers des enfants victimes d'inceste et des enfants abusés par un tiers.*
- *Favoriser une approche féministe intégrée dans le continuum (prévention, dépistage, hébergement, information, consultation, accompagnement, suivi) des interventions nécessitées par la violence faite aux femmes, en partenariat avec les groupes de femmes et les milieux judiciaire, religieux et de l'éducation.*
- *Poursuivre le questionnement sur les ordonnances de médicaments, sensibiliser et former les médecins pour enrayer le sexisme dans les traitements médicaux.*
- *Assurer une information adéquate aux femmes concernant le cancer du sein, son évolution, ses différentes méthodes de dépistage et leur pertinence; en particulier, améliorer la pratique de l'auto-examen des seins et favoriser sa diffusion la plus large possible par, entre autres, l'accessibilité et la gratuité de dépliants d'information.*
- *Développer un programme d'éducation sexuelle obligatoire plus complet que celui contenu dans le programme de formation personnelle et sociale et ce, principalement au primaire mais aussi au secondaire; il devrait être dispensé par des personnes compétentes et basé sur le développement des rapports égalitaires entre les garçons et les filles.*
- *Intégrer systématiquement l'analyse et l'approche féministe à toutes les interventions auprès des femmes, en rapport avec leur santé mentale.*
- *Mettre en oeuvre dans la région 04 des services complets de planification des naissances incluant les services d'avortement qui intègrent tous les volets susceptibles de permettre une meilleure connaissance de sa sexualité, un plus grand pouvoir sur sa fertilité.*
- *Faire connaître l'ensemble de ces services à la population.*

Il serait important que les femmes soient proportionnellement représentées dans toutes les structures administratives et de pouvoir. Instaurer, pour enrayer la pauvreté des femmes, la discrimination positive en emploi.

La Régie devrait agir à titre de leader dans la mobilisation des établissements et la détermination des stratégies à mettre en oeuvre dans un partenariat respectant les initiatives issues du milieu.

PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS :

AFEAS, ressources de réintégration au travail, CLSC, centres hospitaliers, centres d'accueil, centres travail Québec, cabinet de médecins, psychologues, sexologues, réseau juridique, ministère de l'Éducation, ressources privées d'hébergement pour femmes âgées, maisons d'hébergement pour femmes violentées, Centre de santé des femmes, centres de femmes, etc.

• *Soutenir plus adéquatement le réseau communautaire.*

- **Assurer un financement suffisant aux ressources communautaires et en reconnaître formellement l'apport.**

PRÉSENTATION ET FACTEURS EXPLICATIFS :

Les organismes communautaires reflètent à plus d'un égard le dynamisme du milieu, sa capacité de développer de nouvelles approches et de répondre à de nouveaux besoins. Partie prenante d'un mouvement social autonome, ces organismes constituent un des acquis les plus précieux de la société québécoise. Leur contribution en tant qu'agents de transformation sociale a d'ailleurs été officiellement reconnue lors des audiences de la commission Rochon. Les groupes communautaires, par leur action, contribuent à prévenir des problèmes en redonnant aux participants un lieu de prise de parole, de participation, de conscientisation et de solidarité. Plusieurs valorisent les diverses stratégies d'action mises en oeuvre par les personnes elles-mêmes. Ces organisations contribuent enfin à alerter l'opinion publique et les divers décideurs face aux problèmes. Jusqu'à présent, les organismes communautaires n'ont pas été reconnus à leur juste valeur. Ils sont restés en marge du réseau public sans appui solide. Il est essentiel de reconnaître leur apport et cela, dans le respect de leur liberté à définir leur action.

Les organismes communautaires sont concernés à plus d'un titre par les mesures retenues pour la poursuite des orientations de la réforme. En étant assurés d'une certaine pérennité de leur financement, les organismes communautaires seront en mesure de concentrer davantage leurs efforts à la réalisation de leur mandat.

Il faut aussi assurer aux organismes communautaires une reconnaissance de leur contribution en respectant et tenant compte de leurs orientations, leurs politiques, leurs approches et leurs actions, lors de l'élaboration et de la mise en oeuvre des programmes et des services.

PROBLÈMES VISÉS :

Tous les problèmes de la politique.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU :

Le discours de la Loi 120 nous incite à mettre en oeuvre cette stratégie. La gérance du programme de soutien aux organismes communautaires (S.O.C.) et celui de la réallocation des budgets de développement (projet INTER) par la Régie régionale peuvent contribuer à soutenir plus adéquatement les organismes communautaires.

Le développement des collaborations entre les organismes des réseaux institutionnel et communautaire se consolide progressivement par leur implication mutuelle au conseil d'administration, aux travaux de consultation de la politique de la santé et du bien-être et autres. Il faut mettre à profit ces expériences et poursuivre les rapprochements des groupes communautaires et des établissements institutionnels tel que demandé lors des colloques territoriaux.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU : (SUITE)

Lors des colloques territoriaux, les participants ont fait ressortir : l'existence et l'expertise des ressources en place ; l'intérêt, la reconnaissance des intervenants et des groupes ; la concertation qui existe déjà ; la force et le dynamisme des organismes communautaires. De plus, les établissements du réseau devraient prêter des ressources aux organismes communautaires ; reconnaître l'apport et l'approche des groupes communautaires ; se rapprocher, travailler en concertation.

PISTES D'ACTION POSSIBLES :

Faire une place aux organismes communautaires au sein des structures de planification, d'élaboration et de mise en oeuvre des programmes et des services et prévoir toute forme de soutien (financier, formation, expertise, etc.) à leur participation à ces instances tout en respectant leur autonomie, leurs orientations, leurs politiques et leurs approches dans l'action.

PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS :

Tous les acteurs associés à la planification, l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes et de services dans le cadre de la politique de la santé et du bien-être et l'ensemble des organismes communautaires de la région 04.

- ***Agir en priorité sur les facteurs de risque : tabagisme, mauvaise alimentation, embonpoint, consommation abusive d'alcool, mauvaises conditions de travail, risques environnementaux.***

PRÉSENTATION ET FACTEURS EXPLICATIFS.

On connaît depuis longtemps les effets du tabagisme, de la mauvaise alimentation, du manque d'activité physique et de la consommation abusive d'alcool, de drogues illégales et de médicaments sur la santé. Chaque année, on relève environ 8000 décès imputables au tabagisme. Le taux de mortalité chez les fumeurs est 1,7 fois supérieur à celui que l'on enregistre chez les non-fumeurs. L'habitude du tabac est reconnue comme un facteur de risque important dans le cas des maladies cardio-vasculaires, du cancer du poumon et des maladies respiratoires. L'exposition à la fumée du tabac est également nocive pour la santé des non-fumeurs, particulièrement celle des enfants : elle constitue aujourd'hui la principale source de pollution dans les maisons.

Une mauvaise alimentation serait à l'origine de 30% des cas de diabète, de cancer et de maladie cardio-vasculaire. Une bonne alimentation, dès la naissance, protège mieux l'individu contre le stress, les infections et leurs conséquences ; et lorsqu'il est malade, il retrouvera plus vite la santé. Une mauvaise alimentation peut se traduire par un excès ou une insuffisance de poids.

L'activité physique contribue à prévenir plusieurs problèmes de santé. Elle ralentit également la dégénérescence physique causée par le vieillissement. Enfin, en réduisant la tension et l'anxiété, elle prévient la dépression et, de façon générale, concourt à une bonne santé, aussi bien physique que mentale.

Chaque année, l'usage abusif de l'alcool est responsable de 4000 décès. La consommation alcool/drogues est une des causes principales des décès par traumatismes routiers (500/an). L'usage de drogues et d'alcool est intimement relié à la criminalité (possession d'armes, vol, prostitution, etc.) et se retrouve dans 70 à 80% des cas d'incarcération. C'est une cause importante de diminution de l'espérance de vie; il a aussi un impact marqué sur le travail et le rendement scolaire.

Mauvaises conditions de travail : le tiers des traumatismes surviennent en milieu de travail. Plusieurs maladies sont attribuables à l'exposition prolongée à certaines substances comme le plomb et aux vapeurs toxiques. Des facteurs liés au milieu, à l'organisation, à l'équipement, à la tâche et à l'individu sont souvent associés aux traumatismes qui surviennent au travail. Les conséquences de situations de travail pathogènes sur la santé mentale sont aujourd'hui démontrées. Au Québec, 30% des journées d'absence au travail sont dues à des problèmes de santé mentale ; le tiers de ces problèmes est relié au travail.

La qualité de l'environnement physique a elle aussi des répercussions sur la qualité de vie et la santé de la population. La pollution de l'air, par exemple, est associée aux maladies respiratoires et au cancer.

PROBLÈMES VISÉS :

Les naissances prématurées ou de poids insuffisant et les anomalies congénitales ou génétiques ; les maladies cardio-vasculaires ; le cancer ; les traumatismes ; les maux de dos, l'arthrite et les rhumatismes ; les maladies du système respiratoire ; les situations de handicap chez les personnes qui ont des incapacités.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU.

Alcool : priorité des gouvernements fédéral et provincial; présence d'un coordonnateur intersectoriel dans notre région; budget spécifique.
Alimentation : politique alimentaire en milieu scolaire.
Activité physique : présence de Kino-Québec au sein de la Direction de la santé publique.
Tabagisme : plan d'action provincial.
Risques environnementaux et mauvaises conditions de travail : bonne sensibilisation de la population et des partenaires.
Répondants tabac et équipe en santé environnementale présents à la Régie régionale (Direction de la santé publique)
Équipes de santé au travail présentes à la Régie régionale (Direction de la santé publique) et dans les CLSC.
Les participants aux colloques territoriaux ont fait ressortir que les individus sont plus sensibilisés à la prévention et à la promotion et qu'il fallait prendre cette orientation pour l'ensemble des objectifs de santé.

PISTES D'ACTION POSSIBLES :

Les études multifactorielles démontrent qu'il est possible de modifier certaines habitudes de vie. Ainsi, la pratique régulière de l'activité physique peut être favorisée par la promotion et la mise en oeuvre d'activités de loisirs familiaux au niveau municipal et autres, et l'adoption de saines habitudes alimentaires par l'implantation de menus « mieux-vivre » dans les restaurants et les cafétérias. La lutte au tabagisme repose sur trois grandes orientations : aider les fumeurs qui le désirent à cesser de fumer, prévenir l'usage du tabac auprès des jeunes et protéger les non-fumeurs de la fumée du tabac. Pour intervenir sur les risques environnementaux et les mauvaises conditions de travail, il faut axer les interventions sur la prévention, la promotion de la santé et sur la protection. Il faut éviter ou réduire l'exposition des populations aux agents délétères. La lutte à l'alcoolisme est basée sur une concertation intersectorielle et sur la mise en place de plusieurs stratégies : le contrôle des produits, l'acquisition de connaissances, le développement de compétences et l'aménagement de milieux de vie sans alcool.

PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS :

Régie régionale (Direction de la santé publique), organismes publics (établissements de santé et de services sociaux, municipaux, scolaires), organismes gouvernementaux, de transports publics et socio-économiques, ministère de l'Environnement et de la Faune, Sécurité civile, université, groupes environnementaux, médias, établissements de restauration et supermarchés.

- ***Agir sur la pauvreté et les conditions de vie par une approche multisectorielle et diminuer les conséquences de la pauvreté sur la santé des groupes les plus vulnérables : les jeunes sans-emplois, les familles monoparentales, les personnes âgées vivant seules et les femmes vivant sous le seuil de la pauvreté.***

PRÉSENTATION ET FACTEURS EXPLICATIFS :

La pauvreté ne rend pas fou, mais elle crée une zone d'intenses turbulences qui fait courir les plus grands risques à des milliers de Québécois et de Québécoises. La pauvreté désarticule les communautés, déstabilise les familles et les réseaux sociaux, brise les individus, surtout les jeunes. Il ressort clairement que la pauvreté, en dépit des contraintes matérielles importantes qu'elle suppose, n'est pas uniquement matérielle. Vivre la pauvreté, c'est vivre la privation, mais c'est aussi vivre les préoccupations qui se rattachent aux privations. C'est se percevoir à travers l'image négative que les autres nous renvoient. C'est aussi avoir une conscience très nette de la société qui nous entoure et du rôle qu'on y joue... ou qu'on n'y joue pas. La pauvreté signifie donc avoir faim et vivre dans un logement mal chauffé, mais elle signifie aussi insécurité, stress, isolement, honte, exclusion, absence de pouvoir, dévalorisation, désespérance, révolte, dépression, et souvent, également, solidarité et stratégies pour survivre et retrouver estime de soi et sentiment d'utilité. Tout cela n'est bien sûr pas sans liens avec la santé.

PROBLÈMES VISÉS.

Tous les objectifs de la politique.

FAISABILITÉ ET ACCEPTATION PAR LE MILIEU.

- Amorce d'une mobilisation et d'une concertation des partenaires suite aux colloques territoriaux ;
- Présence d'intervenants en promotion de la santé de la Régie régionale sur tout le territoire 04 ;
- Existence de programmes de subvention en promotion de la santé ;
- Développement de l'approche Villes et villages en santé ;
- Intensification des actions au niveau de la pauvreté.
- Implication de ressources dans le milieu ;
- Volonté du milieu de s'en sortir, de se prendre en main ;
- Discours des élus manifestant une volonté d'amélioration des conditions de vie ;
- Solidarité des principaux concernés ;

PISTES D'ACTION POSSIBLES :

Une initiative sans précédent de lutte contre la pauvreté doit être entreprise par l'ensemble des acteurs sociaux et des institutions. Cette initiative doit être globale, devenir la responsabilité de tous les secteurs de la société, reposer sur la participation active des premiers concernés et doit être coordonnée. D'autre part, l'efficacité des programmes repose sur la capacité des intervenants d'établir avec les familles visées une relation de confiance, basée sur les valeurs du milieu. L'intervention devra reconnaître et exploiter les points forts de l'individu, de la famille et du milieu et miser sur la capacité des gens à résoudre leurs propres problèmes. Cette mise en position de force des personnes vulnérables, par la reconnaissance de leurs habiletés et de leurs compétences, est à l'origine du mouvement de « l'empowerment », qui vise à partager avec l'usager des services le pouvoir d'influencer l'environnement et de participer à des activités d'échange et de réciprocité.

Une multitude d'initiatives communautaires ont vu le jour durant la dernière décennie : cuisines collectives, restaurants populaires, comptoirs alimentaires, comptoirs vestimentaires, etc. ; ces multiples initiatives sont basées sur la participation et l'engagement des premiers concernés et font appel à l'entraide, à la solidarité, à l'apprentissage collectif pour sortir de l'isolement et de l'exclusion.

PRINCIPAUX ACTEURS IMPLIQUÉS :

Tous les acteurs associés à la planification, l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes et de services dans le cadre de la politique de la santé et du bien-être et l'ensemble des organismes communautaires de la région 04.

Annexes

LES PROBLEMES	LES OBJECTIFS
L'ADAPTATION SOCIALE	
1. Les abus sexuels, la négligence et la violence à l'endroit des enfants	• Diminuer les cas d'abus sexuel, de violence et de négligence à l'endroit des enfants, et atténuer les conséquences de ces problèmes
2. Les troubles de comportement des enfants, des adolescents et des adolescentes	• Réduire les troubles de comportement les plus graves chez les enfants, les adolescents et les adolescentes
3. La délinquance	• Diminuer la prévalence et la gravité de la délinquance
4. La violence faite aux femmes	• Diminuer les cas de violence faite aux femmes en milieu familial
5. L'itinérance	• Prévenir l'itinérance et, particulièrement à Montréal et à Québec, atténuer ses conséquences et favoriser la réinsertion sociale des itinérants
6. L'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes	• Réduire de 15% la consommation d'alcool, de 10% la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et chez les bénéficiaires de l'aide de dernier recours et augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales
LA SANTÉ PHYSIQUE	
7. Les naissances prématurées ou de poids insuffisant et les anomalies congénitales ou génétiques	• Réduire à moins de 5% les naissances prématurées et à moins de 4% les naissances de bébés de poids insuffisant, et diminuer l'incidence des anomalies congénitales ou génétiques
8. Les maladies cardio-vasculaires	• Réduire de 30% la mortalité par maladie cardio-vasculaire
9. Le cancer	• Stabiliser le taux de mortalité par cancer du poumon et réduire de 15% la mortalité par cancer du sein
10. Les traumatismes	• Réduire de 20% la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives et sportives
11. Les maux de dos, l'arthrite et les rhumatismes	• Réduire la prévalence des maux de dos de 10% et diminuer la durée de l'incapacité liée à l'arthrite et aux rhumatismes

12. Les maladies du système respiratoire	• **Réduire de 10% la mortalité par maladie du système respiratoire**

LES PROBLEMES	LES OBJECTIFS
LA SANTÉ PUBLIQUE	
13. Les maladies transmissibles sexuellement et le sida	• Réduire l'incidence du virus du SIDA et des maladies transmissibles sexuellement ainsi que leurs complications, et stabiliser les infections résistant aux antibiotiques classiques
14. Les maladies infectieuses	• Éliminer la rougeole, la diphtérie, le tétanos, les oreillons et la poliomyélite, et réduire la coqueluche et l'hémophilie influenza (de type B) à moins de 100 cas et de 50 cas par année
15. Les problèmes de santé dentaire	• Réduire de 50% le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants de 6 à 12 ans et abaisser à moins de 5% le taux d'absence de dents chez les adultes de 35 à 44 ans
LA SANTÉ MENTALE	
16. Les problèmes de santé mentale	• Diminuer les problèmes de santé mentale
17. Le suicide	• Réduire de 15% le nombre de suicides et de tentatives de suicide
L'INTÉGRATION SOCIALE	
18. Les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées	• Diminuer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées
19. Les situations de handicap chez les personnes qui ont des incapacités	• Diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles que soient l'origine et la nature des incapacités

Titre:
Créé par:
Date de création:

Extrait de procès-verbal

Extrait du procès-verbal
de la vingt-huitième assemblée
du conseil d'administration

Date : 14 décembre 1994
Article : CARR-28-07
Résolution : CARR-94-104

RESOLUTION RELATIVE A L'ADOPTION
DES STRATEGIES PRIORITAIRES
POLITIQUE DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE

CONSIDÉRANT le mandat donné à la Régie régionale en regard de l'implantation de la politique de la santé et du bien-être dans la région;

CONSIDÉRANT la nécessité de réaliser les objectifs de santé et de bien-être contenus dans la politique;

CONSIDÉRANT que l'une des missions spécifiques de la Régie régionale est «d'élaborer des priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région» (L.SSS LRQ, c.5-4.2, art.340, al.2);

CONSIDÉRANT que le mandat dévolu au conseil d'administration est d'identifier les priorités de santé et de bien-être (L.SSS LRQ, c.5-4.2, art.405, al.1) et de les soumettre pour approbation à l'Assemblée régionale (L.SSS LRQ, c.5-4.2, art.419, al.3);

CONSIDÉRANT l'état de santé et de bien-être de la population régionale tel qu'il apparaît dans le portrait de l'état de santé produit dans le cadre de la démarche d'implantation de la politique;

CONSIDÉRANT les résultats de la consultation menée dans la région sur les voies d'action à mettre en oeuvre dans la région pour diminuer la prévalence des problèmes de santé qui affectent le plus la population de la région Mauricie–Bois-Francs;

CONSIDÉRANT l'analyse de ce projet faite par les administrateurs à la présente assemblée;

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée, d'adopter les orientations contenues dans le document «Stratégies d'action prioritaires en matière de santé et de bien-être pour la région Mauricie–Bois-Francs». Ce document faisant partie intégrante de la présente résolution.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

COPIE CONFORME
FAIT À TROIS-RIVIÈRES
Le 15 décembre 1994

LE SECRÉTAIRE

Paulin Dumas
Directeur général

Titre:
Créé par:
Date de création:

Extrait de procès-verbal

Extrait du procès-verbal
de la cinquième assemblée
de l'Assemblée régionale

Date : 1er février 1995
Article : AR-05-04
Résolution : AR-95-01

RESOLUTION RELATIVE A L'ADOPTION DES STRATEGIES PRIORITAIRES EN MATIERE DE SANTE ET DE BIEN-ETRE POUR LA REGION MAURICIE–BOIS-FRANCS

CONSIDÉRANT le mandat donné à la Régie régionale en regard de l'implantation de la politique de la santé et du bien-être;

CONSIDÉRANT la nécessité de réaliser les objectifs de santé et de bien-être contenus dans la politique;

CONSIDÉRANT que l'une des missions spécifiques de la Régie régionale est "d'élaborer des priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région" (Loi de la santé et des services sociaux, LRQ, c.5-4.2, art. 340, al. 2);

CONSIDÉRANT que le mandat dévolu au conseil d'administration est d'identifier les priorités de santé et de bien-être (L.SSS LRQ, c.5-4.2, art. 405, al. 1);

CONSIDÉRANT que le mandat dévolu à l'Assemblée régionale est d'approuver les priorités identifiées par le conseil d'administration (L.SSS LRQ, c.504.2, art. 419, al. 3);

CONSIDÉRANT que le conseil d'administration a adopté les stratégies d'action prioritaires en matière de santé et de bien-être pour la région Mauricie–Bois-Francs (1995-2001) lors de son assemblée régulière du 14 décembre 1994;

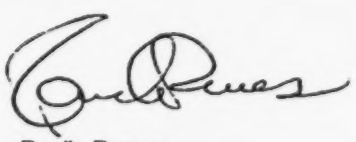
CONSIDÉRANT l'analyse faite par les membres de l'Assemblée régionale au cours de la présente rencontre,

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée, d'approuver les stratégies d'action prioritaires en matière de santé et de bien-être telles qu'adoptées par le conseil d'administration lors de l'assemblée du 14 décembre 1994. (Résolution CARR-94-104).

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

COPIE CONFORME
FAIT À TROIS-RIVIÈRES
Le 2 février 1995

LE SECRÉTAIRE



Paulin Dumas
Directeur général

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE EN MAURICIE-BOIS-FRANCS
LES STRATÉGIES D'ACTION PRIORITAIRES POUR 1995 À 2001

Adopté par le conseil d'administration
à son assemblée régulière
du 14 décembre 1994
Résolution : CARR-94-104

Approuvé par l'Assemblée régionale
lors de son assemblée du 1er février 1995
Résolution : AR-95-01

PRÉSENTATION

En 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux rendait publique la politique de la santé et du bien-être dont l'objectif premier est d'améliorer la santé et le bien-être de tous les citoyens et de toutes les citoyennes du Québec.

Suite à la publication de cette politique, le ministre invitait les régies régionales du Québec à mettre en branle une démarche en vue d'implanter la politique dans leurs régions respectives. De façon plus spécifique, il invitait chacune des régions à traduire les objectifs et les stratégies en fonction des réalités régionales et à mettre en oeuvre un plan d'action pour rencontrer les objectifs et les stratégies fixés en concertation avec les établissements et les organismes du milieu.

Le présent document fait état des grandes stratégies d'action que la Régie régionale entend proposer au réseau de la santé et des services sociaux et à ses partenaires multisectoriels pour réaliser les objectifs de la politique de la santé et du bien-être. Pour déterminer ces priorités, le conseil d'administration a utilisé deux grandes sources d'information : les données sur l'état de santé et de bien-être de la population régionale et les résultats de la consultation menée au printemps et à l'automne 1994 dans toute la région Mauricie–Bois-Francs.

Le texte présente d'abord six principes qui doivent guider l'ensemble des actions qui seront élaborées et réalisées dans le cadre des grandes stratégies d'action. Ces principes indiquent une cible ultime à privilégier : l'équité pour tous et pour toutes face à la santé et au bien-être. Ils désignent également un groupe vers lequel doivent porter davantage nos efforts : celui des enfants, des adolescents et des adolescentes. Enfin, ils présentent certaines balises quant aux grands moyens à mettre en oeuvre : renforcement du potentiel des personnes, philosophie d'action axée sur le milieu, concertation et stimulation de la prévention et de la promotion de la santé.

Les stratégies d'action prioritaires constituent les grands axes vers lesquels devraient converger les actions destinées à améliorer la santé et le bien-être de la population régionale au cours des six prochaines années.

Ces priorités approuvées par l'Assemblée régionale constituent le cadre à partir duquel sera élaboré le plan d'action régional en matière de santé et de bien-être. Tout comme la politique, elles deviennent un outil de planification, d'animation et de concertation tant pour la Régie régionale que pour le réseau et leurs partenaires des autres secteurs d'activité.

LA PHILOSOPHIE D'ACTION

- Rechercher une plus grande équité pour tous et pour toutes face à la santé et au bien-être;
- Investir dans l'avenir et miser sur la santé et le bien-être des jeunes;
- Favoriser le développement du potentiel des personnes et leur valorisation sociale;
- Adopter une philosophie d'action axée sur le milieu: agir par et dans les milieux de vie;
- Se concerter davantage dans la mise en oeuvre des actions prioritaires;
- Stimuler les activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

LES STRATÉGIES D'ACTION PRIORITAIRES

• *Diminuer la pauvreté et ses conséquences chez les jeunes familles*

- Soutenir prioritairement les parents de milieu socio-économiquement défavorisé de façon à répondre le plus possible à un ensemble de besoins physiques, psychologiques, sociaux et matériels.

Objectifs visés : *LES NAISSANCES PRÉMATURÉES OU DE POIDS INSUFFISANT ET LES ANOMALIES CONGÉNITALES OU GÉNÉTIQUES; LES ABUS SEXUELS, LA NÉGLIGENCE ET LA VIOLENCE À L'ENDROIT DES ENFANTS, LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES; L'ALCOOLISME ET L'USAGE ABUSIF DE PSYCHOTROPES; LES MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE.*

• *Revaloriser et mieux soutenir le rôle de parent*

- Soutenir le développement et le maintien du lien d'attachement parent-enfant et de la compétence parentale, de façon intensive et précoce notamment par l'accompagnement prénatal, le répit post-natal et les programmes de stimulation infantile.
- Améliorer le soutien aux familles (ex: accès accru aux garderies, aux lieux de loisir, aux mesures de répit et de dépannage...) et appuyer davantage les initiatives actuelles issues du milieu, telles que les maisons de la famille, les maisons de parents...
- Améliorer les capacités psychosociales des individus et des familles.

Objectifs visés : *LES ABUS SEXUELS, LA NÉGLIGENCE ET LA VIOLENCE À L'ENDROIT DES ENFANTS, LES TROUBLES DE COMPORTEMENT DES ENFANTS, DES ADOLESCENTS ET DES ADOLESCENTES; LA DÉLINQUANCE; LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES; L'ITINÉRANCE; L'ALCOOLISME ET L'USAGE ABUSIF DE PSYCHOTROPES; LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE; LE SUICIDE; LES SITUATIONS DE HANDICAP CHEZ LES PERSONNES QUI ONT DES INCAPACITÉS.*

- ***Privilégier les interventions souples dans les milieux fréquentés par les jeunes***

Par exemple :

- Inciter les intervenants et les intervenantes à travailler davantage dans le milieu, autant dans des activités de prévention que d'intervention.
- Investir davantage dans des ressources souples d'hébergement des jeunes délinquants dans la communauté.
- Accroître les mesures de répit pour les parents de jeunes délinquants.

Objectifs visés : *LES TROUBLES DE COMPORTEMENT DES ENFANTS, DES ADOLESCENTS ET DES ADOLESCENTES; LA DÉLINQUANCE; LE SUICIDE.*

- ***Améliorer la concertation des différents intervenants au sein du milieu scolaire en regard des problématiques vécues par les jeunes tel que le décrochage scolaire***

- Collaborer à des actions d'ensemble contribuant à l'amélioration du climat de l'école en plus d'aider les jeunes en difficultés.
- Contribuer au dépistage et assurer un meilleur suivi des éléves présentant des troubles de comportement et ce, dès l'école primaire.

Objectifs visés : *LES TROUBLES DE COMPORTEMENT DES ENFANTS, DES ADOLESCENTS ET DES ADOLESCENTES; LA DÉLINQUANCE; LE SUICIDE.*

- ***Stimuler les activités de prévention et de promotion de la santé, en mettant l'accent sur les services destinés aux jeunes et en y associant leur famille en vue de diminuer la consommation d'alcool et de drogues illégales***

- ***Stimuler le développement de solutions alternatives à l'usage des médicaments de manière à en diminuer la consommation abusive chez certains groupes plus touchés***

Objectifs visés : *L'ALCOOLISME ET L'USAGE ABUSIF DE PSYCHOTROPES.*

- ***Renforcer les activités éducatives et préventives en regard des maladies transmises sexuellement et du sida***

Objectifs visés : *LES MALADIES TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET LE SIDA.*

- ***Renforcer le dépistage précoce du cancer***

  - Améliorer les services actuels de dépistage précoce du cancer du sein et encourager, pour d'autres formes de cancer également, le dépistage précoce lorsqu'il peut avoir un impact significatif sur l'incidence et la mortalité.

Objectifs visés : *LE CANCER.*

- ***Soutenir les personnes atteintes de maladies graves ou incurables et leurs proches***

  Par exemple :

  - Encourager la formation d'équipes multidisciplinaires qualifiées dans la dispensation de soins palliatifs à domicile ou en établissement.
  - Soutenir davantage les associations bénévoles et les groupes d'entraide des secteurs visés.

Objectifs visés : *PAR EXEMPLE : LE CANCER, LE SIDA, LE SUICIDE.*

- ***Implanter un système de soins intégrés en traumatologie qui, notamment, augmentera la rapidité d'intervention dans les premières minutes suivant l'événement et qui facilitera l'intervention précoce en réadaptation***

Objectifs visés : *LES TRAUMATISMES.*

- ***Accroître le soutien aux familles et aux ressources de la communauté qui interviennent auprès des personnes ayant des incapacités et accentuer leur intégration au marché du travail***

Objectifs visés : *LES SITUATIONS DE HANDICAP CHEZ LES PERSONNES QUI ONT DES INCAPACITÉS.*

- ***Réduire les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées***

  - Adapter l'environnement physique et socio-économique de manière à favoriser le maintien de l'intégration sociale des aînés (par exemple: conditions de logement, moyens de transport adaptés, possibilité d'échanges intergénérationnels, soutien au revenu...). Cette stratégie demande de privilégier une approche multisectorielle.
  - Réorienter les services sociosanitaires de façon à fournir aux personnes âgées les moyens nécessaires pour maintenir le plus longtemps possible leur intégration à leur communauté, avec des conditions de vie adéquates pour elles-mêmes et pour leurs proches. Cette stratégie s'applique à tous les services qui s'adressent aux personnes âgées, y compris à ceux qui sont offerts par les centres hospitaliers.
  - Favoriser la participation des aînés dans les actions de prévention et de promotion de la santé et du bien-être, tant lors de leur élaboration que lors de leur implantation, particulièrement pour les sept problèmes qui affectent le plus les personnes âgées.
  - Favoriser le développement des capacités psychosociales des personnes âgées.

Objectifs visés : *LES OBSTACLES À L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES ÂGÉES.*

- ***Agir pour réduire les écarts de santé et de bien-être entre les hommes et les femmes***

  - Contribuer à ce que les femmes maîtrisent davantage les conditions qui affectent leur santé et leur bien-être en tenant compte de leur spécificité biologique et également des facteurs sociaux et économiques qui déterminent leur situation et influencent leur santé.

Objectifs visés : *TOUS LES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE.*

- ***Soutenir plus adéquatement le réseau communautaire***

  - Assurer un financement suffisant aux ressources communautaires et en reconnaître formellement l'apport.

Objectifs visés : *TOUS LES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE.*

- ***Agir en priorité sur les facteurs de risque : tabagisme, mauvaise alimentation, embonpoint, consommation abusive d'alcool, mauvaises conditions de travail, risques environnementaux***

Objectifs visés : *LES NAISSANCES PRÉMATURÉES OU DE POIDS INSUFFISANT ET LES ANOMALIES CONGÉNITALES OU GÉNÉTIQUES; LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES; LE CANCER; LES TRAUMATISMES; LES MAUX DE DOS, L'ARTHRITE ET LES RHUMATISMES; LES MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE; LES SITUATIONS DE HANDICAP CHEZ LES PERSONNES QUI ONT DES INCAPACITÉS.*

- ***Agir sur la pauvreté et les conditions de vie par une approche multisectorielle et diminuer les conséquences de la pauvreté sur la santé des groupes les plus vulnérables: les jeunes sans-emplois, les familles monoparentales, les personnes âgées vivant seules et les femmes vivant sous le seuil de la pauvreté***

Objectifs visés : *TOUS LES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE.*

Liste des documents disponibles

1. Description des problèmes sociaux et de santé : Région Mauricie–Bois-Francs

2. Profils sociodémographiques : Région Mauricie–Bois-Francs et ses territoires de CLSC

3. Voies d'action prioritaires et interventions documentées par groupes d'âge

4. Comptes rendus des colloques tenus sur les douze territoires de CLSC

5. Tendances issues de la consultation

6. Résumé des avis écrits

7. Voies d'action prioritaires: résultats de l'appréciation des professionnels et de la consultation

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont collaboré à la production de ce document ainsi que celles qui ont participé à la réalisation de la démarche de consultation (documentation du portrait socio-démographique et des interventions documentées, animation et comptes rendus des colloques territoriaux, cotation et documentation des voies d'action prioritaires) et plus particulièrement :

Sasan Bayat
Nicole Beaudet
Colette Beaulac
David Beaulieu
René Beauséjour
Marie-Claude Bernard
Sylvie Bernier
Nicole Bilodeau
Élisabeth Bisson Caron
Daniel Blanchard
Danielle Blanchette
Guy Boisclair
Doris Boivert
Réal Boisvert
Lucie Bonin
Carmelle Bourgeois
Pierrette Brière
Thérèse Brunelle
Denis Brunette
Lucie Carrier
Élisabeth Caron
Diane Chiasson
André Cloutier
Yves Cossette
Andrée Côté
Isabelle Côté
Micheline Côté
Danielle Couture
Lorraine Croteau
Nicole Dallaire
Françoise Déry
Serge Déry
Claude Desjardins
Doris Desmeules
Louis Dionne
Gracia Doyon
Louise Dubé
Richard Dunn
Pierre Ferland
Christiane Filion
Lucie Fournier
Johanne Fréchette
Françoise Gagnon
Marie-Paule Gauthier
Jocelyn Ann Girard
Elisabeth Giraudo
Gilles Grenier
Guy Godin
Daniel Guay
André Guillemette
Fernand Guillemette
Léo Hardy
Micheline Hébert
Marie Houle
France Janelle
André Labelle
Lise Lacommande
Lucie Lafrance
Solange Lamothe
Thérèse Lamoureux
Johanne Lebeau
Suzie Leblanc
Céline Leblond
Jacques Lefebvre
Lise Lefebvre
Christiane Lemaire
Diane Lemay
Léon Lemay
Raymond Létourneau
Guy Levasseur
Guy Lévesque
Jean Lortie
Monique Martel
François Mercier
Suzanne Michaud
Céline Michel
Michel Montambeault
Marie-Hélène Méthé
Serge Nadeau
Marc Nolin
Liliane Paradis
Louise Pauzé
Yves Pépin
Lucien Picotte
Jeannine Poirier
Maurice Poulin
Clo Pratte
Nathalie Ratté
Lise Richard
Christine Ross
Jean-Maurice Roy
Johanne Sylvain
Christiane Taillon
Hugues Tétreault
Manon Toupin
Jocelyne Tremblay
Marlène Tremblay
Alain Trudel
Sylvie Veillette
Jacques Véronneau
Benoît Villemure
Diane Villemure
Marie-Josée Vincent
Ginette Voyer